WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ

DOC. DR. A. WOJCIECHOWSKIEGO

STYCZEŃ

ROK VII

ZESZYT I

WARSZAWA 1933 R.

ROK VII WARSZAWA 1933 STYCZEŃ ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

P R A C E   O R Y G I N A L N E

O rozpowszechnieniu i niezakaźnych przyczynach cierpień gośćcowych.

PODAŁA

DR. ELEONORA REICHER.

Zwrócenie uwagi na niezmiernie wielkie społeczne znaczenie cierpień gośćcowych i gośćcowatych należy częściowo przynajmniej przypisać rozpowszechnieniu ubezpieczeń społecznych i kas chorych, których statystyki i świadczenia wykazują jak olbrzymi odsetek całkowitych lub częściowych niezdolności do pracy wywołany jest cierpieniami gośćcowemi i gośćcowatemi. Statystyki niemieckie, angielskie, duńskie, szwedzkie wykazują znacznie większą liczbę inwalidów z powodu chorób gośćcowych niż z powodu gruźlicy. W Berlinie np. miejska Kasa chorych w r. 1925 wykazała, że na 106209 mężczyzn niezdolnych do pracy było 11679 reumatyków, zaś na 166278 niezdolnych do pracy kobiet na cierpienia gośćcowe przypadło 12784. Stosunek tych chorych do ogólnej liczby chorych z powodu innych cierpień wynosił 10,9% u mężczyzn, 7,7% u kobiet. W stosunku do chorych na gruźlicę w tej samej kasie liczba chorób reumatycznych była u mężczyzn 7, u kobiet 6 razy większą, w stosunku do czasu choroby to dni choroby z powodu cierpień reumatycznych stwierdzono u mężczyzn i u kobiet 2,7 razy tyle, co z powodu gruźlicy. Ciekawe pod tym względem wyniki dają także badania wykonane przez *Kronera* w berlińskich szpitalach dla chorych przewlekłych. *Kroner* wykazał, że na 3250 osób, przebywających stale w szpitalach dla chorych przewlekłych znajduje się 225 reumatyków, przyczem wyłączony został z tego obliczenia gościec na tle rzeżączki, kiły i gruźlicy. Wśród tych 225 chorych znajdowało się 175 czyli 78% kobiet i tylko 50 czyli 22% mężczyzn. Już te liczby pokazują jak dalece przewlekłe cierpienia stawowe przeważają u kobiet w stosunku do mężczyzn. Inne obliczenia *Zimmera* również na podstawie statystyk miasta Berlina wykazują, że choroby narzą-

dów ruchu są osiem i pół raza częstsze niż gruźlica, że dni choroby z powodu tych cierpień jest 3,5 razy, zaś stałej niezdolności do pracy 1,14 razy więcej, niż z powodu gruźlicy. I ta statystyka pokazuje, że kobiety nietylko chorują częściej, ale i znacznie dłużej od mężczyzn. Jeżeli chodzi o częstość występowania poszczególnych cierpień gośćca, to reumatyzm stawowy, mięśniowy, lumbago i artretyzm wynoszą 5/6 wszystkich chorób narządów ruchu, a stosunek przewlekłych cierpień reumatycznych do ostrych ma się jak 4,8 do 1. Podobne są i wyniki statystyk angielskich. W roku 1922 1/6 wszystkich przypadków niezdolności do pracy była wywołana cierpieniami reumatycznemi, renta zaś roczna dla zupełnych inwalidów z powodu tychże cierpień wynosiła około 40 miljonów. Według *Straussa* wynika ze statystyk angielskich, że naogół ischias i lumbago są trzy, cztery razy częstsze u mężczyzn, niż u kobiet, u których raczej przeważają reumatyczne cierpienia stawów barkowych. Równie częste są cierpienia gośćcowe w Szwecji, gdzie w 1918 roku cierpienia reumatyczne były u 20% chorych przyczyną niezdolności do pracy; w Danji było 14% niezdolnych do pracy, z powodu gośćca, a 13% z powodu gruźlicy.

Cyfry te mówią wystarczająco nietylko o społecznem, ale i o ekonomicznem znaczeniu chorób reumatycznych, które z tego punktu widzenia są może nawet gorsze od gruźlicy, gdyż w ostatnim przypadku albo choroba kończy się względnie szybko śmiercią, albo po przejściu mniej lub więcej długiego okresu chorobowego następuje powrót do pracy, albo też praca jest tylko przerywana co pewien czas mniej lub więcej długimi okresami wypoczynku. Inaczej u reumatyka, który żyje, obarczając przez długie lata instytucje ubezpieczeniowe, ponoszące z tego względu znacznie większe ciężary z powodu cierpień reumatycznych, niż z powodu gruźlicy. Ten stan rzeczy znajduje swe wytłomaczenie w biologicznych przyczynach wielu chorób reumatycznych, powstających na tle fizjologicznego zużycia, dalej w niedostatecznem uwzględnianiu w warunkach naszego życia szkodliwości, prowadzących do powstania cierpień reumatycznych, w niedostatecznem uświadomieniu pod tym względem lekarzy i publiczności, wreszcie wadliwej z punktu widzenia chorób gośćcowych organizacji szpitali i ambulansów. Z tego punktu widzenia statystyki niemieckie są również pouczające. Pokazują one, że pomimo, iż chorych na reumatyzm jest więcej niż chorych na gruźlicę mają oni jednak znacznie mniej okazji i możności leczenia się niż chorzy na gruźlicę, rzadziej są przyjmowani do szpitali od tych ostatnich, a także lekarska pomoc dla nich jest mniej wykwalifikowana i mniej rozpowszechniona w stosunku do gruźlicy. Statystyki niemieckie wykazują naprzykład, że dla samej liczby niezdolnych do pracy pomoc lekarska dla reumatyków wynosi tylko 45% w stosunku do gruźlicy. Naogół leczenie reumatyków zaczyna się za późno i trwa za krótko, i prawie nigdzie niema instytucji, któraby mając wszelkie pomoce rozpoznawcze i lecznicze leczyła reumatyków wszechstronnie i dostatecznie długo. Pozatem w samem leczeniu są wielkie braki. Winne tutaj jest nietylko często złe i niewystarczające rozpoznawanie i złe przygotowanie lekarzy, ale także źle zrozumiana ekonomia leczenia i jego zła organizacja.

Naogół jeżeli chodzi o leczenie w uzdrowiskach kasy chorych dają ubezpieczonym, jeżeli wogóle do tego dochodzi, za krótki okres czasu na leczenie. Tak członkowie kas chorych jak i chorzy prywatni jadą bardzo często do zdrojowisk z niewyświetlonem rozpoznaniem, w zdrojowiskach z powodu braku odpowiednich urządzeń rozpoznania się również nie ustala i chory jest leczony na ślepo, przytem najczęściej lekarz zdrojowiskowy i lekarz domowy nie mają ze sobą żadnego kontaktu. Wobec tego większość chorych gośćcowych jest leczona bezplanowo, bez ścisłego rozpoznania, bez dokładnego wniknięcia indywidualnie, w każdym poszczególnym przypadku w etiologję cierpienia, co może nigdzie nie jest tak ważnem jak właśnie w cierpieniach reumatycznych, których etiologja jest często złożona, uwarunkowana niejednokrotnie działaniem różnych ze sobą się kombinujących i wzajemnie się potęgujących czynników. Ten niepożądany stan rzeczy jest przynajmniej częściowo także spowodowany dotychczasowemi brakami w różniczkowaniu cierpień gośćcowych a także nieustaloną należycie ich klasyfikacją i nieustalonem mianownictwem. Utrudnia to oczywiście w wysokiej mierze możność porozumiewania

się ze sobą lekarzy co jest tak ważnem dla ustalenia planu postępowania. Wreszcie w dotychczasowej organizacji szpitalnej nie uwzględnia się zupełnie chorych gośćcowych i gośćcowatych. Nietylko, że w szpitalach niema dla nich dostatecznej ilości pomieszczeń, niema odpowiednich urządzeń leczniczych, ale przedewszystkiem w organizacji szpitalnej nie uwzględnia się tego, że chorzy ci może więcej od innych kategorji chorych skazani są na dłuższy pobyt w szpitalach i że wobec tego muszą mieć odpowiednio zorganizowany tryb życia. Bardzo często chorzy reumatyczni przewlekli są, o ile chodzi o stan narządów wewnętrznych, ludźmi zdrowemi. Samo leczenie w szpitalnym trybie życia zajmuje względnie niewiele czasu i chorzy ci pozostawieni przez długie miesiące zupełnej prawie bezczynności, oddani na pastwę własnej, ciągle w jednym kręgu poruszającej się myśli, oddani sobie, a nie umiejąc się sobą zająć, stają się ofiarą choroby wtórnej, powstałej na podłożu bezczynności nudy i troski. Wychowuje się w ten sposób neurasteników, ludzi przejętych sobą i swoją chorobą, odzwyczajonych od życia i pracy, myślących tylko o tem jak przedłużyć okres leczenia i wyszukać sposoby na jego przedłużenie. Dotyczy to się zresztą nietylko chorych reumatycznych, ale i innych chorych przewlekłych, przebywających w naszych szpitalach, których organizacja i tryb życia przeznaczone są raczej dla chorych ostrych. Reumatycy, jak i wszyscy chorzy przewlekli, muszą mieć ustalony odpowiedni tryb dnia, przeznaczony odpowiedni czas dla leczenia, dla ustalonej określonej pracy, dla odpoczynku, a wreszcie muszą znaleźć w ramach swego dnia i odpowiedni pokarm umysłowy dla zajęcia myśli i należycie silne bodźce duchowe dla cierpliwego znoszenia swego cierpienia i znalezienia siły woli do nowej pracy w warunkach swego odmiennego od poprzedniego życia. Chorzy ci bowiem powinni i w czasie swego leczenia pracować.

Powinni pracować przedewszystkiem, żeby zająć swój czas, ale także dlatego, że choroba reumatyczna, której podlegli niejednokrotnie nie pozwoli im na dalsze wykonywanie dotychczasowego zawodu, że muszą i powinni się uczyć nowej pracy, która pozwoli im pomimo zmienionych warunków życia przynajmniej do pewnego stopnia zarobkować. Tego rodzaju przeszkolenie chorych jest jedynym sposobem rzeczowego przeciwdziałania pauperyzacji, zapewnienie im przynajmniej do pewnego stopnia spokoju i możliwych warunków dalszej, choć częściowo zapewnionej, a przynajmniej zapełnionej egzystencji. Jest to właściwie jednocześnie może i ekonomiczny sposób leczenia, gdyż dając chorym w przyszłości pewne możności samodzielnego zarobkowania, odciąża i zmniejsza się odpowiedzialność i świadczenia instytucyj ubezpieczeń społecznych i kas chorych. Oczywiście, że przeszkolenie chorych musi się odbywać w szpitalach pod nadzorem i kierunkiem lekarskim i przy wyborze nowego zawodu musi być zaciągnięte zdanie lekarza. Z tego też względu szpitale i oddziały szpitalne, przeznaczone dla reumatyków przewlekłych nietylko powinny być zaopatrzone w odpowiednie urządzenia lecznicze, ale także połączone z specjalnemi warsztatami, w których przeszkolenie chorych odbywałoby się pod nadzorem lekarskim. Na tem nie może się kończyć opieka lekarska i społeczna nad chorymi reumatykami. Bowiem i po wyjściu tych chorych ze szpitala, po należytej poprawie stanu zdrowia i nabyciu odpowiedniej zręczności w nowoobranym zawodzie, należy i nadal otaczać ich opieką lekarsko społeczną ew. ułatwiać im zarobek przez tworzenie kolonij lub zespołów pracy. Dopiero w ten sposób zorganizowana pomoc społeczna dla chorych reumatycznych, połączona z nowoczesnym sposobem ich leczenia, opartem na należytem różniczkowaniu chorób gośćcowych na podstawie nowoczesnych sposobów badania, pozwoli skutecznie zwalczać cierpienia reumatyczne, które jak wykazują przytoczone spostrzeżenia, posiadają społecznie to samo, jeżeli nie większe znaczenie od gruźlicy, dla której zwalczania tyle się obecnie za pośrednictwem różnych organizacji czyni.

Liczne zmiany i zaburzenia występujące w stawach w ciągu życia stają się dopiero zrozumiałe z chwilą gdy się uwzględni biologiczne właściwości stawów i ich warunki rozwojowe. Czynnikiem kształtującym rozwój stawów są warunki mechaniczne. Różna energja wzrostu chrząstkowych części pierwotnego szkieletu jest przyczyną przesunięć i tworzenia się pierwszych szpar stawowych. Części stawowe kształtują się o tyle nierównomiernie, że główka stawowa jest elementem

różniczkującym się pierwotnie, który wpływa ze swej strony na ukształtowanie się panewki stawowej. Tworzenie się stawu jest więc procesem zależnym od czynników mechanicznych, a także od czynności, od stopnia potrzeby. Staw się wytwarza wtedy gdy jest potrzebnym, a zanika powoli z chwilą gdy przestaje być czynnym, tem się też tłomaczy łatwość z którą występuje unieruchomienie i zesztywnienie stawu z chwilą gdy przestaje on być używanym.

Jama stawowa nie jest wysłana nabłonkiem, ale tkanką łączną, która właściwie pochodzi z chrząstki i jako taka jest jakby predysponowana do tworzenia chrząstki. Z tego też względu nie jest dziwnem, że błona maziowa pod wpływem stanu zapalnego lub nieprawidłowego obciążenia wytwarzać może nawet w późnym wieku ciała stawowe pokryte chrząstką. Maź stawowa w prawidłowych warunkach dość skąpa nie jest także zwyczajną wydzieliną błony maziowej, pochodzi ona wprawdzie od niej, ale poza tem składa się ze śluzowato zwyrodniałych komórek błony maziowej, jest więc częściowo, jak mówi *Müller*, produktem rozpływania się błony maziowej. Ten płyn stawowy (synovia) jest obdarzony wielką siłą życiową, potrafi on z jednej strony jakby trawić odłamki kości i chrząstki, z drugiej zaś strony powleka powłoką chrząstkową myszki stawowe. W warunkach fizjologicznych panuje w jamie stawowej podciśnienie wynoszące około 6 — 12 cm. wody, w stanach zapalnych ustępuje ono miejsca nadciśnieniu. Jest możliwe, że fizjologiczne podciśnienie, panujące w stawach sprzyja ich odżywianiu, które zdaje się odbywać drogą potrójną: z przestrzeni szpikowych kości, z mazi stawowej, z siatki brzeżnej pętli naczyniowych, najprawdopodobniej jednak odżywianie stawu odbywa się przez maź stawową, przynajmniej zdaje się to wynikać z tych przypadków zwichnięcia stawu w których chrząstka pokrywa się tkanką łączną i zanika. Przyczyną tego stanu są prawdopodobnie zaburzenia odżywiania co przy nieznacznych urazach mechanicznych doprowadza do zmian wstecznych. Poza odżywianiem najważniejszym czynnikiem życiowym dla utrzymania chrząstki stawowej w stanie prawidłowym jest czynność. Budowa chrząstki jest wysoce zróżniczkowana i odpowiada doskonale jej zadaniu działania jako elastycznej podściółki z równoczesnem umożliwieniem przesuwania się powierzchni stawowych bez tarcia. Jak wiadomo chrząstka składa się z włókienek przebiegających łukowato, osadzonych w części zwapniałej. Między temi włókienkami leżą komórki chrząstkowe, ułożone promieniście. Włókienka i komórki leżą w masie hialinu, co nie dopuszcza do rozsuwania się włókienek. Z tego też względu masa hialinowa jest szczególnie ważna dla trwałości chrząstki, ona też jest jakby ostatnim wyrazem zróżniczkowania chrząstki, a równocześnie jest jej najbardziej wrażliwym elementem, ulegającym szczególnie łatwo zwyrodnieniu. Z chwilą, gdy to się staje równocześnie następuje rozmiękczenie i rozwłóknienie chrząstki, które dla wieku starczego jest zmianą, będącą wynikiem zużycia, a w wieku młodzieńczym objawem chorobowym. Chrząstka zwyrodniała zatraca swą zdolność regeneracyjną, na jej miejscu wytwarza się blizna z otaczającej tkanki łącznej, bowiem gdy już doszło do zużycia chrząstki jest ono nie do naprawienia. Z postępującym wiekiem zużycie chrząstki staje się jednak coraz większe i coraz częstsze. Jest ono najprawdopodobniej spowodowane nie tyle jakąś bezpośrednią mechaniczną siłą ile ciągłem powolnem a stałem zużyciem, przy którem czynniki inne jak dokrewne, konstytucyjne, zaburzenia przemiany materji mogą odgrywać pewną rolę, ale najważniejszem jest działanie czynnika zużycia. Pierwszem o największem znaczeniu następstwem zużycia są zmiany elastyczności chrząstki, doprowadzające do zmian w częściach kostnych, nieprawidłowo w następstwie obarczonych. Ponieważ kształt stawu zależy w największej mierze od jego czynności mechanicznych i ponieważ w czasie życia ustrój zachowuje zdolność przebudowy części kostnych w przeciwieństwie do niemożności regeneracji chrząstki przeto zależnie od czyności i obarczenia może kształt stawu nawet w wieku starszym się zmieniać. Działaniem czynności mechanicznych tłomaczą się i zmiany stawowe w pewnych stanach chorobowych np. w arthritis deformans. Jeżeli główka stawu, czy to z powodu zaniku tkanki, czy z powodu innych przyczyn nie odpowiada swej czynności, wtedy wchodzą w grę bodźce, które tworzą główkę nową, bardziej szeroką. Stara tkanka zostaje odbudowana, a tworzy się nowa,

gdyż zdolność transformacji i siła regeneracyjna kości w przeciwieństwie do chrząstki jest utrzymana aż do późnego wieku, choć czasami zdolność odbudowy nie jest wystarczająca. Od zdolności odbudowy zależy, że czasami powstają bujania kostne przybrzeżne, a czasami tylko bruzdy kostne. W młodym wieku to bujanie kostne jest obfitsze i z tego względu prawdopodobnie w przypadkach młodzieńczej arthritis deformans bujanie kostne jest obfite i główka stawowa może być przerośnięta. Rodzaj odbudowy i bujania kostnego zależny jest nietylko od bodźców mechanicznych, ale o od konstytucji ustroju przy czem czynnikom dokrewnym należy przypisać duże znaczenie. Stwarzają one bowiem w stawach dyspozycję, która dopiero jakby wyzwalała odczyn na działanie czynników innych szczególnie mechanicznych.

Należyte uwzględnienie właściwości tkanki kostnej i chrząstki pozwala dopiero zrozumieć monotonję zmian anatomopatologicznych w przebiegu przewlekłych cierpień stawowych. Geneza tych cierpień może być bardzo różnorodna, działać mogą różne urazy toksyczne, mechaniczne, szczególnie statyczne w postaci wadliwego obciążenia lub też w formie stałego a powolnego zużycia, a odpowiedź ze strony ustroju na działanie tych różnorodnych szkodliwości uwarunkowana jest zawsze przez czynniki konstytucyjne i przez właściwości biologiczne tkanek, stanowiących materjał budowlany stawów. Z tego też względu dzięki właściwościom tkanek stawowych pomimo różnego rodzaju szkodliwości, które na stawy działają zmiany w nich wywołane mogą być do siebie podobne, szczególnie w końcowych okresach cierpienia.

Sprawy zakaźne działają przedewszystkiem na otoczkę stawu, doprowadzając w niej do powstania wysięku, rozszerzając ją. W następstwie przy nawrotach zapalnych dzięki bujaniu tkankołącznowemu wytwarzają się w jamie stawowej i na wewnętrznej powierzchni otoczki mniejsze i większe fałdy i kosmki, które w końcu mogą nawet wypełnić całą jamę stawową. Bujanie tkankołącznowe powlekając powierzchnię chrząstkową stawu tkanką łączną prowadzi do zrostów, których końcowym wynikiem jest unieruchomienie stawu. Podobny bywa i dalszy los wysiękowego zapalenia stawu, wysięk surowiczy lub surowiczo włóknisty organizuje się powoli, wytwarza tkankę ziarnistą i tworzy się blizna, która prędzej czy później unieruchamia stawy szczególnie, jeżeli, jak to bywa, wewnątrz blizny odkładają się złogi wapienne.

Z czasem możliwie z powodu zmiany odżywienia na tle powstałego wysięku i wzmożonego ciśnienia wewnątrz stawu, z powodu zmian zapalnych, może także z powodu wpływów toksycznych powstają i w chrząstce zmiany natury wstecznej. Chrząstka powoli się wysusza, traci swą elastyczność, gdyż substancja hialinowa zapewniająca zasadnicze właściwości chrząstki staje się powoli włóknistą, jej powierzchnia pokrywa się mnóstwem maleńkich fałdeczek. W końcu w miejscach gdzie chrząstka utraciła swą elastyczność szczególnie, jeżeli to są miejsca bardziej obciążone, powoli przez tarcie zanika, zużywa się chrząstka i w miejscach tych kość leży nago, wystawiona bezpośrednio na wszystkie szkodliwości mechaniczne ruchu i zużycia. Prowadzą one powoli nie tylko do zaniku, ale i do bujania kości w przeciwieństwie do chrząstki, która pod wpływem czynników szkodliwych nie wykazuje bujania, a tylko nieodwracalne zmiany wsteczne. Tkanka kostna natomiast na wszystkie bodźce reaguje bardzo silnie, bujając w warunkach większego obciążenia, zanikając w miejscach mniejszego obciążenia. Tam gdzie obnażone powierzchnie kostne trą o siebie wytwarzają się powoli w kościach mniej lub więcej głębokie wklęsłości, trące o siebie powierzchnie kostne są zgrubiałe, grubsze są beleczki kostne, w częściach leżących na zboczach powierzchni stawowych występują bujania kostne, tworzące przybrzeżne wały kostne. W innych sprawach np. w starczem rozrzedzeniu kości, ale także i w zniekształcającem zapaleniu stawów powstają w miejscach rozrzedzenia kości punkty zmniejszonego oporu i przy silniejszem obarczeniu powierzchni kości i chrząstki zostaje jakby wgnieciona do środka. W tych przypadkach zmiany chrząstki będą wtórne, spowodowane pierwotnie przez zmiany kostne. W ten sposób pomimo różnej przyczyny cierpienia, pomimo różnic w jego przebiegu w końcowych stanach występować mogą podobne zmiany w stawach i z tego też względu z anatomopatologicznego obrazu nie można wnioskować ani o postaci klinicznej cierpienia, ani o jego etiologji. W pewnych okre-

sach jednak niektóre kliniczne postacie zmian stawowych wykazują do pewnego stopnia charakterystyczne zmiany. Sprawy zakaźne wywołują przeważnie zmiany zapalne torebki stawowej, wysięk, bujanie tkanki łącznej w jamie stawowej. Typowy gościec stawowy wywołuje charakterystyczne zmiany anatomopatologiczne, o których będzie mowa później. Po jego przejściu mogą te zmiany pozostać, wskazując anatomopatologicznie na pochodzenie stanu zapalnego, ale mogą się także cofnąć, nie pozostawiając po sobie śladu. Pierwotnie przewlekły reumatyzm stawowy nie wywołuje charakterystycznego obrazu anatomopatologicznego prócz wysięku i wspomnianego już bujania tkankołącznowego, które może doprowadzić do unieruchomienia i do zniekształcenia stawów. Reumatyzm zniekształcający, do którego należy i malum coxae senile daje często charakterystyczne zmiany stawowe, których istotą są zmiany wsteczne chrząstki, przebiegające naogół bez wysięku, często ze zgrubieniem otoczki stawowej, z zanikami i bujaniem tkanki kostnej. Zależnie od tego, czy w tem cierpieniu przeważają zaniki czy też bujania kostne odróżnia się formę zanikową od przerostowej. W tej ostatniej formie znaczne bujania kostne i tkankołącznowe bujania otoczki towarzyszą zmianom wstecznym i zanikowi chrząstki. Jednakże i taki obraz anatomopatologiczny nie jest bezwzględnie charakterystyczny dla istoty cierpienia, gdyż nawet ostry gościec stawowy lub np. gościec na tle rzeżączki mogą z czasem wykazywać podobne zmiany anatomopatologiczne, typowe dla zniekształcającego zapalenia stawów. Cierpienia stawowe powstałe na tle zaburzeń wydzielania wewnętrznego naogół nie dają charakterystycznych zmian anatomopatologicznych.

Badania lat ostatnich, które wykazały, że u osób uprawiających intensywnie sporty w stawach najbardziej obarczonych ćwiczeniem występują czasami bóle, którym towarzyszą zmiany podobne do zniekształcającego reumatyzmu stawowego zwróciły szczególnie uwagę na znaczenie czynników mechanicznych, obarczenia i zużycia, dla stanu stawów.

Inne spostrzeżenia, które pokazują, że znaczna liczba przewlekłych cierpień stawowych występuje w późniejszych okresach życia, oddawna nasuwały myśl, że w licznych przypadkach istotą zmiany chorobowej są procesy zużycia. Do tego samego wniosku prowadzą i spostrzeżenia, które wykazują, że pewne przewlekłe cierpienia kręgosłupa jak spondylarthritis ankilopoetica, spondylarthritis deformans występują również szczególnie często u ludzi pracujących ciężko fizycznie, szczególniej, dźwigających ciężary. Na patologiczne znaczenie zużycia stawów wskazują także wspomniane już spostrzeżenia życia sportowego. Zostało mianowicie stwierdzone, że szczególnie pewne systemy gimnastyczne, np. system Buck'a, które mają na celu specjalnie rozluźnienie stawów, a więc są połączone z ruchami o wielkiej rozpiętości, doprowadzają nietylko do rozluźnienia i zwiotczenia torebek stawowych, nie mówiąc już o ich urazach, ale mogą także być przyczyną zniekształcającego zapalenia stawów. Zwrócono także uwagę, że sportowcy, uprawiający w sposób wyspecjalizowany pewne gałęzie sportu, a więc np. miotacze cierpią na bóle w najbardziej przez to ćwiczenie obarczonym stawie barkowym, szybkobiegacze, skarżą się na bóle w stawach kolanowych. Istotnie stwierdzano w tych stawach zmiany podobne do zniekształcającego zapalenia stawów. Spostrzeżenia te zdają się przemawiać za tem, że znane w technice pojęcie t. zw. zmęczenia materjału, prowadzące do zużycia materjału, co stać się może przyczyną niewystarczalności stropów i belkowań, znajduje swe zastosowanie w ustroju ludzkim szczególnie w tych narządach, które najczęściej i najwięcej na obarczenie, a więc i na zużycie są narażone. Szkielet ludzki, a tak samo i stawy łączące pewne części tego szkieletu ze sobą, z biegiem czasu w pewnych szczególnie na obarczenie narażonych częściach podlegają temu zużyciu i tak, jak każde często używane narzędzie zużywają się albo przynajmniej stają się tym punktem słabszego oporu, na który szczególnie łatwo mogą działać wszelkie szkodliwości innego rodzaju. W warunkach niekorzystnych zużycie może wystąpić znacznie wcześniej niżby tego oczekiwać należało. W ustroju takim warunkiem niekorzystnym jest przedewszystkiem budowa konstytucjonalnie słabsza. Jeżeli się do tego przyłączy zbytnie obciążenie pracą, albo obciążenie nie przez wieksza pracę, ale przez jej nieumiejętne wykonywanie, nie we właściwej formie np. przy złem ustawieniu stawów, obarczonych przez to niepomierną pracą, to czynniki te,

samo przez się niekorzystne dla ustroju konstytucyjnie silnego, tem prędzej w ustroju konstytucjonalnie słabym doprowadzą do przedwczesnego zużycia. W układzie stawowo kostnym wyrazem i następstwem zużycia, zmęczenia materjału, jest przedewszystkiem cierpienie, znane pod nazwą arthritis deformans. Jest to typowa choroba zużycia, właściwa wiekowi, będąca niejednokrotnie wyrazem pracy za ciężkiej. Zużycie stawu powstaje jednak czasami i w wieku młodszym pod wpływem nadmiernego obarczenia pracą, ruchem, wagą. Jest to najlepszym dowodem, że nietylko wiek, ale i praca zużywa stawy, jak to zresztą pokazują i wspomniane doświadczenia życia sportowego. Z tego też względu nowoczesne badania nad warunkami mechanicznemi pracy, dążące do wyszukania postaci składowych ruchu i do jego największego uproszczenia w tym celu, by ruch konieczny do wykonania pracy był równocześnie ruchem wykonanym szybko z najmniejszą stratą energji, są z punktu widzenia biologji stawów szkodliwe, gdyż ograniczenie ruchów, do których prowadzi zmechanizowanie pracy, obarczając nadmierną pracą pewne stawy w końcu wywołać musi w tych stawach objawy zużycia. Procesy zużycia na tle nadmiernego obarczenia doprowadzają także do anomalji w ustawieniu stawów, które mogą być przyczyną bardzo różnorodnych dolegliwości nieraz odległych od stawu zmienionego. Jedną z tych anomalji, która staje się często przyczyną całego szeregu skarg, utrudniających życie jest stopa płaska. Jak wiadomo jest to zmiana, polegająca na rozluźnieniu wiązadeł i otoczek stawów śródstopnych, której następstwem jest spłaszczenie sklepienia stopy. Stopa płaska występuje bardzo często w okresie dorastania wśród młodzieży wielkich miast, szczególnie jest wyraźna nawet w wieku młodym u osób, mających tryb życia stojący, u kelnerów, kucharek, służby domowej, etc. Czasami stopa płaska istnieje długie lata nie dając dolegliwości, które występują dopiero w wieku późniejszym, około 40 — 50 roku życia, szczególnie u kobiet w okresie przekwitania, kiedy wyraźnie powiększa się waga ciała. O przyczynie tych dolegliwości późnych stopy płaskiej będzie mowa niżej.

Przyczyny powstania stopy płaskiej nie są jasne; naogół obwinia się o to zbytnie obarczenie pracą, gdyż za tem przemawiałoby powstawanie stopy płaskiej u kelnerów i służby, jednakże spotyka się ją i u młodzieży nie narażonej na pracę tak ciężką. Przypuszczają więc, że przyczyną tej anomalji są warunki życia w miastach, gdzie stałe poruszanie się na twardym, nieelastycznym bruku miejskim zmniejsza w końcu elastyczność wiązadeł i otoczek stawów stopy, doprowadzając do ich zwiotczenia i rozluźnienia. W innych znowu przypadkach zakaźne sprawy stawowe przez wytworzenie się wysięku zmniejszają elastyczność otoczek stawowych i wywołują zwiotczenie wiązadeł co również doprowadzi do zniesienia sklepienia stopy szczególnie, jeżeli zmienione stawy za wcześnie po przybyciu sprawy chorobowej zostaną obarczone ciężarem ciała i ruchem. Stopa płaska samoistnie powstała na tle nadmiernego obarczenia stwarza w układzie stawowym pewien locus minoris resistentiae, w którym usadowić się mogą łatwiej sprawy zakaźne i w ten sposób może powstać ognisko zakażenia i dla innych stawów. Szczególnie w tych wszystkich przypadkach w których leczenie ortopedyczne stopy płaskiej nie usuwa dolegliwości, stających się szczególnie silnemi i wyraźnemi przy obciążeniu stopy należy myśleć o sprawie zapalnej, powstałej na tle stopy płaskiej.

Spłaszczenie stopy może być przyczyną dolegliwości i bólów, umiejscawianych przez chorych nietylko w stopie, ale i w miejscach oddalonych, chorzy skarżą się na bóle w stawach kolanowych, biodrowych, w miednicy, w dolnych częściach kręgosłupa. Czasami bóle te promieniują do obrębu nerwu kulszowego i nerwu udowego. Bóle odczuwane są na zewnętrznej stronie uda, czasami w połączeniu z uczuciem zimna i z parestezjami. Najlepszym dowodem, że przyczyną ich jest stopa płaska, jest ich zniknięcie po włożeniu odpowiednio dopasowanych wkładek do obuwia. Bywa jednak i tak, że cierpienie części miękkich naśladuje bóle spowodowane przez stopę płaską. Dzieje się tak czasami w stanach zapalnych powięzi podeszwowej, które powstawać mogą i na tle cierpień wewnętrznych np. po grypie albo innej chorobie zakaźnej np. po durze brzusznym. W innych znowu przypadkach zanik tkanki tłuszczowej stopy jak to się np. spotyka w wysokiej starości albo po ciężkich wyniszczających cierpieniach może wywołać bóle, umiejscawiane w stopie,

szczególnie wyraźne i silne przy obciążeniu. Takie bóle mogą być spowodowane przez stany zapalne kaletek maziowych szczególnie zapalenie kaletki maziowej kości piętowej i t. zw. ostrogę kości piętowej. Ta ostatnio jak wiadomo jest niczem innym jak wyrostkiem podstawy kości piętowej, zwróconym ku przodowi. Może się on wytworzyć samodzielnie, ale czasami przyczyną jego powstawania bywa sprawa zakaźna, pierwotnie albo wtórnie przewlekła, albo wreszcie zniekształcające zapalenie stawów. Wogóle skłonność do tworzenia wyrostków kostnych jest u chorych stawowych dość częsta, częstem miejscem, w którem się one zjawiają jest poza kością piętową wyrostek łokciowy i rzepka kolanowa.

Zapalenie kaletki maziowej kości piętowej i jej ostroga występują często razem. Powikłania, które mogą być wywołane stopą płaską, a także i sprawy, które ją mogą naśladować nakazują we wszystkich przypadkach, w których chorzy skarżą się na bóle ze strony nóg na bardzo dokładne oglądanie nietylko stawów kolanowych i skokowych, ale i na zwrócenie bacznej uwagi na stan stopy. W razie gdy stopa płaska zostanie stwierdzona należy zalecić wkładki, ale muszą one być sprawdzane czy są odpowiednio dostosowane do nogi, czy jej nie uciskają, co może być przyczyną nowych spraw bólowych. Wkładki można zalecać tylko wtedy, gdy niema żadnej sprawy zapalnej w sąsiedztwie stopy i pięty. W przypadkach stwierdzenia takich stanów zapalnych najważniejszą rzeczą jest spokój, zastosowanie ciepła w postaci okładów, później dopiero można myśleć o wkładkach, które początkowo zaleca się w formie wkładek miękkich z gumy lub filcu, gdyż twarde wkładki są w tych okresach źle znoszone prze chorych. W tych stanach chorzy, nie powinni odrazu chodzić, początkowo należy zalecać pracę raczej w pozycji siedzącej, a nawet należy kłaść szczególny nacisk na tę okoliczność uprzedzając, że lekceważenie zalecenia może mieć bardzo ważne następstwa dla późniejszej zdolności do pracy. Jest to szczególnie ważne dla służby domowej, która często przez nieświadomość albo przez złe przyzwyczajenie całą pracę wykonywa stojąco wtedy, kiedy przynajmniej część jej dałaby się wykonać w pozycji siedzącej np. przez kucharki. Stopniowo można pozwalać i na chodzenie początkowo po parę godzin dziennie, zwracając baczną uwagę na to, żeby z jednej strony wzmocnić stawy i więzadła stopy przez odpowiedni masaż i gimnastykę, których można chorych nauczyć, a równocześnie zmniejszać obciążenie stopy przez zastosowanie odpowiedniej djety i odchudzanie chorych co jest szczególnie ważne u osób otyłych. W ten sposób zastosowanie leczenia zapobiegawczego i odciążającego może przynieść chorym ulgę i przywrócić im utraconą zdolność do pracy.

Inną sprawę stawową powstającą na tle obciążenia jest zniekształcające zapalenie stawu dużego palca i stawów kości śródstopnych. Jest to analogiczny stan chorobowy do zniekształcającego zapalenia stawów w innych częściach szkieletu, powstających pod działaniem urazu. Wiadomą jest także rzeczą, że do zniekształcenia i stanów zapalnych szczególnie w stawach wielkiego palca u nogi prowadzi noszenie zbyt ciasnego obuwia i tutaj więc ucisk mechaniczny jest przyczyną zmiany stawowej. Czasami noszenie wkładek nieodpowiednich może również wywołać objawy ze strony śródstopia. Należy więc badając chorych zawsze zwrócić baczną uwagę na ich obuwie ew. na noszone wkładki.

Z przytoczonych przykładów widać, że liczne są zmiany stawowe, powstające na tle zbyt dużej pracy, nadmiernego obarczania stawów. Przy powstawaniu zmian patologicznych w tych stawach uderza jednak, że często przy zmianie już istniejącej nie spotyka się objawów chorobowych, które występują dopiero wtedy gdy praca, którą odnośny staw ma wykonać, staje się dla niego za ciężka. Jest to szczególnie typowe dla stopy płaskiej, która przez długie lata może nie sprawiać dolegliwości, zjawiających się dopiero wtedy, gdy chorzy utyją. Jedynem odpowiedniem leczeniem tych osób poza leczeniem ortopedycznem, masażem i gimnastyką jest zmniejszenie ich wagi i rzeczywiście stwierdzić można, że po odpowiednim odchudzeniu chorych znikają i bóle stawowe. Widać z tego, że nawet wtedy kiedy jest zniekształconym ma każdy staw swój wymiar pracy, którą może jeszcze wykonać. Bóle a także zmiany zapalne stawu, zjawiają się dopiero wtedy, gdy równowaga między kształtem i możnością ruchu stawu a pracą jaką ma do wykonania zostaje zachwiana. Bóle są w tych warunkach wyrazem niewystarczalności stawu.

Pojęcie statycznej niewystarczalności stawów, które wprowadził do literatury *Schantz,* tłomaczy zmiany stawowe i bóle przekroczeniem wytrzymałości stawu na obciążenie. Zachowanie się stawu może być jednak bardzo różne. Czasami zniekształceniu stawu np. w stopie płaskiej mogą towarzyszyć bóle, czasami bólów niema wcale. Tłomaczy to się tem, że jeżeli istnieje równowaga między obciążeniem, a wytrzymałością stopy na obciążenie to niezależnie od tego, czy stopa jest zniekształcona, czy nie, czynność jej będzie prawidłowa i odbywać się będzie bez bólów. Jeżeli jednak obciążenie przekroczy wytrzymałość nogi, to niezależnie od jej kształtu mogą wystąpić bóle, za któremi dopiero przyjdzie zniekształcenie. To samo dotyczyć się może innych części szkieletu, podlegających obciążeniu, w szczególności kręgosłupa. I w kręgosłupie wystąpi statyczna niewystarczalność wtedy, kiedy przekroczona zostanie statyczna granica wytrzymałości na obciążenie. Niewystarczalność ta zdradzać się może również tylko bólami, które częściowo jak i w stopie płaskiej pochodzić będą z większego napięcia mięśni i podrażnienia mechanicznego nerwów. Chorzy tacy męczą się bardzo szybko, nawet np. palto zimowe staje się dla nich za ciężkie, gdyż przy nieznacznym ruchu i obciążeniu występują bóle kręgosłupa, nieraz bardzo przykre. Pomimo to, cierpienie niema żadnego organicznego podkładu prócz statycznej niewystarczalności wywołanej powolnem zużyciem. Z czasem jednak, postępując za bólami wytworzyć się może zniekształcenie kręgosłupa, które powstanie szczególnie łatwo tam, gdzie istnieją już zmiany anatomiczne, które same przez się zmniejszają wytrzymałość kręgosłupa np. skolioza. Niewystarczalność statyczna kręgosłupa, widoczna z bólów, podobnie jak i w stopie płaskiej na długo poprzedzać może zniekształcenie kręgosłupa, które wymaga dłuższego czasu do swego wytworzenia. Same tylko dolegliwości powinny w tych przypadkach być bodźcem do odpowiedniego postępowania, którego jednym celem musi być wzmocnienie mięśni i wiązadeł kręgosłupa przez odpowiednie zabiegi, w pierwszej linji masaż, gimnastykę, stosowanie ciepła, a równocześnie także zmniejszenie obarczenia kręgów znowu przez odchudzenie chorych. Jasną jest rzeczą, że nim się postawi rozpoznanie statycznej niewystarczalności kręgosłupa należy naprzód wyłączyć zapomocą dłuższego i starannego spostrzegania wszystkie inne organiczne cierpienia, które mogą być przyczyną podobnych objawów. Statyczno dynamicznem niewyrównaniem nazywa *Jungmann* bóle dolnych części kręgosłupa, które występują w przypadkach bardzo silnie zaznaczonej lordozy, w której kość krzyżowa jest nieprawidłowo ustawiona w stosunku do kręgosłupa. Objawy te polegają na silnych bólach krzyża, promieniujących ku górze i ku dołowi oraz na łatwem męczeniu się, naogół bóle te ustają w pozycji leżącej.

Z innych objawów statyczna niewystarczalność stawu biodrowego wywołać może obraz podobny do biodra szpotawego, jednak bez wyraźnych zmian tegoż, które wkońcu jednak mogą się wytworzyć. Podobne objawy wystąpić mogą i w stawach kolanowych np. z powodu zbytniego obarczenia wagą i wtedy także statyczna niewystarczalność stawów kolanowych początkowo objawiać się będzie bólami, które powinny się stać hasłem odchudzenia chorych z jednej, zmniejszenia ich pracy z drugiej strony; jeżeli to nie nastąpi statyczna niewystarczalność doprowadzić może wkońcu do zmian anatomicznych stawów kolanowych. Statyczna niewystarczalność stawów tłomaczy także zachowanie się pewnych spraw chorobowych, między innemi i to, że zniekształcające zapalenie stawów czasami daje objawy, a czasami ich nie daje. Każdy staw, nawet chorobowo zmieniony, ma bowiem swój rozmiar pracy, objawy więc nawet w zniekształcającem zapaleniu stawów wystąpią dopiero wtedy, kiedy praca przekroczy wydajność stawu. Bóle stawu są wtedy wyrazem zaburzonej równowagi.

Pojęcie statycznej niewystarczalności stawów wzbogaca klinikę chorób stawowych, rozszerzając równocześnie ich etjologję i stawiając nowe zadania dla lecznictwa. Na statyczną niewystarczalność stawów trzeba zwracać szczególną uwagę wtedy, gdy dolegliwości występują ze strony stawów narażonych na stałe, duże obciążenie co ma szczególnie miejsce przy wzroście wagi. Może właśnie dlatego w okresie przekwitania tak często występują bóle stawowe, że zjawia się z powodu większej wagi statyczna niewystarczalność obciążonych stawów. Bóle stawów skokowych, kolanowych, kręgosłupa, sto-

py, rozważane z tego punktu widzenia, gdy niema innych przyczyn dla ich powstania, mogą być skutecznie zwalczane tylko odpowiedniem leczeniem wewnętrznem za pomocą odchudzania i zmniejszenia wymiaru pracy tych stawów. Wszystkie inne używane w lecznictwie środki nie są w tych warunkach zdolne do zmiany zmniejszonej wytrzymałości stawów, będącej wyrazem fizjologicznego zużycia i większego obarczenia.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie carbogenem i kwasem węglowym. (Carbogenothérapie et carbothérapie). C. C o t.

Présse Médicale. N. 101. 1932.

Artykuł omawia znaczenie stosowania bezwodnika kwasu węglowego jako czynnika leczniczego nietylko w przypadkach nagłych objawów uduszenia, ale i w innych stanach chorobowych szczególniej w przypadkach zaburzeń naczynioruchowych i przy sprawach płucnych.

Niezależnie od przyczyny uduszenia czy to powodu zatrucia CO, utonięcia, porażenia prądem elektrycznym itd. niezmiernie często spotyka się jako powikłane stany zapalne płuc. Od czasu stosowania karbogenu objawy płucne w tych wszystkich przypadkach występują rzadziej. Wykazano również, że pooperacyjna niedodma i zapalenie płuc nie występują prawie zupełnie, jeżeli pod koniec zabiegu i narkozy zastosowuje się wdychanie kwasu węglowego. Według *Hendersona* akapnia zmniejsza napięcie mięśni, zmniejsza pobudliwość ośrodka oddechowego i wywołuje zaleganie krwi żylnej. Te wszystkie zmiany, szczególnie obniżenie napięcia mięśni i wynikające z niego zmniejszenie pojemności życiowej płuc prowadzą do powstania niedodmy. Ponieważ kwas węglowy podnosi napięcie mięśni w szczególności mięśni wdechowych i przepony przeciwdziała on najenergiczniej powstaniu niedodmy. Z tych wszystkich względów według autorów angielskich i amerykańskich ma kwas węglowy być także najlepszym środkiem przeciw niedodmie i zapaleniu płuc noworodków, i ma działać zapobiegawczo przeciwko powstawaniu ognisk zapalnych w płucach. Ten jego wpływ tłomaczy się nietylko przeciwdziałaniem niedodmie, ale także właściwością znoszenia skurczów naczyniowych; przeciwdziałać ma to skurczowi drobnych żyłek płucnych, które towarzyszy jako charakterystyczny odczyn płucny wszystkim stanom uduszenia i ma powodować przekrwienia płuc. Ogółem biorąc w sprawach płucnych leczenie carbogenem jest wskazane w tych wszystkich przypadkach, w których pole utleniania krwinek jest zmniejszone (zapalenia płuc, przekrwienia, zastój). CO_2 działa wreszcie korzystnie, pobudzając wrażliwość, ośrodka oddechowego w tych przypadkach, w których została ona obniżona przez stosowanie takich środków jak np. morfina. Z tego też względu zastosowanie carbogenu równocześnie z morfiną podnosi tolerancję ustroju na tą ostatnią. Carbogen znajduje również zastosowanie tak w zapobieganiu atakom astmy, jak i w leczeniu tych ostatnich.

W tych wszystkich stanach, w których przeważają objawy spastyczne, jak np. w kokluszu, dalej w atakach kaszlu, wywołanych czy to uciskiem dróg oddechowych czy przewlekłem nieżytem górnych dróg oddechowych carbogen działa również korzystnie. O działaniu przeciwspastycznem CO_2 i jego wybiorczym, regulacyjnym wpływie na ośrodki oddechowe przemawia jego skuteczność w czkawce tak pooperacyjnej, jak i epidemicznej. Przeciwskurczowe działanie CO_2 zaznacza się według badań *Yandell Hendersona* i w przypadkach zaburzeń naczynioruchowych. *Yandell Henderson* spostrzegł dodatnie działanie kwasu węglowego w przypadkach dusznicy bolesnej i chromania przestankowego. We Francji *Lian* stosował drogą podskórną czysty kwas węglowy w przypadkach dusznicy bolesnej pochodzenia sercowo naczyniowego. Otrzymał on na 27 chorych leczonych w ten sposób poprawę w 11 przypadkach. Według *Liana* poprawa spowodowana jest rozszerzeniem naczyń i działaniem troficznem CO_2 na ściany tętnicze.

Biorąc pod uwagę działanie kwasu węglowego nietylko w nagłych, nieszczęśliwych przypadkach, ale także w wielu sprawach chorobowych stawia autor wniosek, aby odpowiednie aparaty do leczniczego zastosowania CO_2 znajdowały się w tych wszystkich miejscach, w których często jest potrzebna szybka pomoc dla pobudzenia czynności oddechowych np. kopalniach, fabrykach gazu, fabrykach przetworów chemicznych, salach operacyjnych, klinikach położniczych, przychodniach i pogotowiach miejskich. W końcu artykułu autor podaje sposób stosowania i dawkowania carbogenu w różnych stanach chorobowych.

Chudnięcie jako objaw główny niewydolności wątroby. (L'amaigrissement, symptôme majeur de l'insuffisance hépatique). F i e s s i n g e r i N o e l.

Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques. T. CIII. Cahier 13.

Autorzy zwracają uwagę, że spadek wagi jest jednym z głównych i ważniejszych objawów niewydolności wątroby przy czem spadek ten jest wprost proporcjonalny do stopnia niewydolności; niewydolność słabego stopnia tylko nieznacznie obniża wagę, znaczniejsza prowadzi do charłactwa. Szczególnie u chorych żółtaczkowych i u chorych z marskością wątroby wskazuje spadek wagi na nasilenie i ewolucję procesu chorobowego. Żółtaczka nieżytowa pomimo swego łagodnego przebiegu już w samym początku prowadzi do utraty wagi, ten spadek staje się silniejszym i wyraźniejszym w czasie jej przebiegu, naogół i w okresie zdrowienia chorzy są szczupli, zmęczeni i wracają do wagi prawidłowej dopiero po kilku tygodniach. Spadek wagi jest czasami tak znaczny, że dochodzi do 12—15 kg. Ten długi okres wychudzenia po przebyciu żółtaczki nieżytowej tłomaczy wielką wrażliwość i delikatność tych chorych i utrudnia często rozpoznanie nasuwając lekarzowi na myśl sprawy złośliwe. W przypadkach marskości spadek wagi nie jest tak znaczny jak w przebiegu żółtaczek nieżytowych, ale będzie jeszcze większym od tych ostatnich w okresach końcowych.

Opryszczka a zapalenie opon mózgowych. (Herpès et méningite). M. Ch. Achard.

Journal des Praticiens. N. 43. 1932.

Wspólne występowanie opryszczki i zapalenia opon mózgowych jest znane oddawna; ma to szczególnie miejsce przy zakażeniu gronkowcami zapalenia opon mózgowych występującem często wspólnie z opryszczką, często także opryszczka występuje w przebiegu zapalenia płuc, połączonego z objawami oponowemi. Na związek jaki zachodzi między opryszczką a zapaleniem opon mózgowych wskazują badania, wykonane w przebiegu opryszczki ogólnej, które stwierdziły w płynie mózgowordzeniowym limfocytozę oraz objawy zapalne. Nie jest jednakże pewne czy objawy zapalne płynu mózgordzeniowego spowodowane są zarazkem opryszczki. Autor opisuje przypadek opryszczki z bardzo żywemi objawami oponowemi, które jednak ustąpiły szybko nie pozostawiając śladu po sobie. Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że chory przechodził dwukrotnie sprawę oponową, a ponieważ za pierwszym razem odczyn Wassermana był dodatni przypuszczano, że sprawa oponowa jest pochodzenia kiłowego i zastosowano leczenie swoiste, jednakże biorąc pod uwagę wystąpienie po raz drugi sprawy oponowej połączonej z opryszczką można podejrzewać, że i za pierwszym razem nie była ona pochodzenia kiłowego, gdyż odczyn Wassermana jest czasami przejściowo dodatni w sprawach oponowych, połączonych z opryszczką, ustępujący szybko. Naogół opryszczkowe zapalenia nie trwają długo i przechodzą nie pozostawiając śladów, ciepłota zwykle jest wysoka, ale szybko mija, tętno nie jest przyśpieszone, wymioty ustępują w połowie przypadków, w ⅓ przypadków przypadków stwierdza się znaczną przeczulicę. Opryszczka występuje czasami przed, ale nie rzadko jest spóźniona i zjawia się po objawach oponowych. Ciśnienie płynu mózgowordzeniowego bywa powiększone, jednak naogół płyn pozostaje przezroczystym, czasami jest tylko nieco mętny, gdy zawiera komórki w większej ilości. Białko jest naogół nieznacznie powiększone, natomiast liczba komórek może być nieraz dość znaczna, naogół jest ona zmienna w przebiegu choroby. Między komórkami przeważają limfocyty.

Leczenie złotem a odma sztuczna. Leon Bernard.

Présse Médicale. N. 101. 1932.

Autor omawia związek, istniejący między odmą sztuczną a stosowaniem złota oraz wskazania dla użycia tego ostatniego. To wskazanie istnieje przedewszystkiem u tych chorych, u których za wcześnie przerwano odmę i u których wystąpiły po jej przerwaniu nowe objawy po stronie odmy. Jeżeli założenie tej ostatniej napotyka na przeszkody, zastosowanie złota może, według doświadczeń autora, dać wyraźną poprawę. W innych przypadkach złoto jest wskazane gdy odma nie jest dostatecznie skuteczna czy to z powodu zrostów, czy też z powodu uporczywości samego procesu chorobowego. Nie należy jednak w tych przypadkach zaniechać odmy, trzeba ją dyskretnie dopełniać i połączyć z auroterapią. Wreszcie zastosowanie złota może być wskazane w przypadkach, w których przy jednostronnej odmie wystąpią nowe objawy po stronie przeciwległej. Wskazana jest wtedy jeszcze przed założeniem odmy dwustronnej próba leczenia ognisk nowych zapomocą złota, dopiero gdy to leczenie nie da wyniku próbować należy odmy dwustronnej. Według spostrzeżeń autora otrzymał on u 13 chorych, leczonych odmą i złotem wyniki dodatnie u 8 chorych. W przypadkach obustronnego procesu płucnego z wyraźną przewagą po jednej stronie zaleca autor podwójny sposób postępowania: zakłada się odmę po stronie bardziej zaatakowanej, jeżeli po pewnym czasie wynik odmy nie jest dostatni, nie zaniechując odmy rozpoczyna się leczenie złotem i w miarę postępujących dodatnich wyników tego leczenia zakłada się odmę po stronie bardziej zajętej. Bywają także stany, w których leczenie złotem dodaje się do założonej już obustronnie odmy. Ma to miejsce w następujących przypadkach: w razie nagłego pogorszenia stanu, małego działania obustronnej odmy lub wreszcie gdy się chce wzmódz działanie odmy przez równoczesne zastosowanie złota. W tych przypadkach, w których istnieje wskazanie do odmy sztucznej samo zastosowanie leczenia złotem daje według autora w poważnym odsetku przypadków również wyniki dodatnie.

Wyciągi tarczycy, używane równocześnie z innemi środkami leczniczemi zachowują się jako bodźce, zwiększające działanie tych środków za pośrednictwem nerwu współczulnego. (L'extrait thyroidien employé en même temps que d'autres medicaments est susceptible de se comporter comme un mordant en renforçant leur action, par l'intermediaire du sympathique). Langeron.

Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques. T. CIII. Zeszyt 23.

W stanach nietylko fizjologicznych, ale w patologicznych zachowanie się narządów zależy w znacznym stopniu od bodźców, które otrzymują od nerwu współczulnego i od narządów o wydzielaniu wewnętrznem, działających ze swej strony pobudzająco na różne odcinki nerwu współczulnego. Wpływając więc na układ współczulny można pokierować zmienionemi czynnościami fizjologicznemi . Z pośród środków działających na układ współczulny omawia autor działanie wyciągu tarczycy, podawanego równocześnie z innemi środkami o znanem działaniu. Hormony tarczycy mają posiadać działanie bardzo różnorodne, odtruwające, normujące i pobudzające czynności układu nerwowego wogóle a współczulnego w szczególności. Z tego założenia wychodząc można przewidzieć, że wyciągi tarczycy mogą wzmacniać działanie innych środków przez pobudzenie układu współczulnego. To wzmacnianie ma się odnosić szczególnie do działania salicylatów, teobrominy, opium, digitalis. Słabe działanie wspomnianych środków może być spowodowane pewną niewrażliwością układu współczulnego w ustroju chorym i dopiero pobudzając układ współczulny można oczekiwać odpowiedniego wpływu tych środków. Autor badał szczególnie działanie równoczesnego podawania wyciągów tarczycy i preparatów salicylowych w przypadkach gośćcowych i neuralgicznych oraz tarczycy i teobrominy w przypadkach obrzęków. Wiadomą jest rzeczą, że w przypadkach gośćca przewlekłego czy ostrego tarczyca odgrywa role ochronną w stosunku do zakażenia, również odporność pewnych przypad-

ków obrzęków zależy od niewystarczalności tarczycy. Z tego też względu w tych przypadkach gdzie preparaty salicylowe nie wywierały oczekiwanego działania próbowano dawać równocześnie z dobrym wynikiem wyciągi tarczycy. Autor stosuje zwykle wyciągi tarczycy w dawkach od 0,1 — 0.15 dziennie. Spostrzegał on, że w tem połączeniu salicyl miał nietylko silniejsze działanie, ale był również i lepiej znoszony a w każdym razie nie występowały działania uboczne, zmuszające do przerwy w jego stosowaniu. Z tego też względu autor uważa, że wyłączając przypadki wyraźnych przeciwskazań, wyciągi tarczycy należy stosować we wszystkich przypadkach gośćca, łącznie ze salicylem albo też z aspiryną jeżeli się daje tą ostatnią. Szczególnie połączenie wyciągu tarczycy z aspiryną miało dawać doskonałe wywyniki w przypadkach migreny. Tarczyca działa także na obrzęki, gdyż wpływa ona na ciśnienie hydrostatyczne krwi, na ciśnienie osmotyczne proteinów krwi, na zdolność przyciągania wody przez tkanki, czyli na trzy najważniejsze czynniki, których zaburzenia prowadzą do powstania obrzęków. Ponieważ praktycznie przyczyna obrzęków jest nagół złożona i składają się na nie różne z wymienionych tutaj czynników, jest więc stosowanie wyciągów tarczycy uprawnione w różnego rodzaju obrzękach w celu podziałania na te czynniki, które mogą zależeć właśnie od zaburzeń czynności tarczycy. Autor łączy działanie teobrominy i wyciągów tarczycy w przypadkach obrzęków nerkowego i sercowo nerkowego pochodzenia, u chorych z cierpieniami wątroby. Wyniki tego rodzaju leczenia mają być lepsze od samego stosowania środków moczopędnych. Dawka tarczycy jest nagół ta sama co i w przypadkach gośćca, nie przekraczająca 0.1 — 0.15 dziennie. Stosowanie wyciągów tarczycy powinno się naturalnie odbywać pod stałą kontrolą wagi, tętna i układu nerwowego. Nagół podawanie tarczycy nie powinno przekraczać 10 — 20 dni, poczem po odpowiedniej przerwie można ją podawać na nowo. Wyciągi tarczycy są przeciwskazane przedewszystkiem w przypadkach nadczynności tarczycy, a także w tych wszystkich stanach, które do tej nadczynności prowadzą, a więc w przebiegu gruźlicy i raka, ponadto należy być ostrożnym w okresie miesiączkowania i ciąży, a szczególną ostrożność należy zastosować w przypadkach spraw sercowych.

Zmiany anatomiczne dusznicy bolesnej. (L'angine de poitrine et ses lésions). L. Gallavardin.

Journal de Médecine de Lyon. N. 305. 1932.

Pochodzenie dusznicy bolesnej pomimo licznych badań jest dotychczas niejasne, gdyż dotychczasowe anatomiczne i kliniczne spostrzeżenia robione były niezależnie od siebie przez różnych autorów, co doprowadziło do stworzenia sztucznej klasyfikacji, dającej niedokładny obraz chorobowy. Z tego też względu konieczną podstawą racjonalnej klasyfikacji jest oparcie jej na spostrzeżeniach jednego autora, a to przedewszystkiem dlatego, aby ocena chorych była, o ile to jest możliwe, jednolita i aby przypadkom był zachowany ich prawdziwy charakter. W ten sposób klasyfikacja, nie opierając się tylko na przypadkach krańcowych nie będzie może tak ostra, ale stanie się prawdziwsza. Ponadto należy wymagać, aby statystyka opierała się na przypadkach dusznicy, które ten sam autor spostrzegał klinicznie i skontrolował anatomicznie, przy czem jeszcze przed kontrolą anatomiczną należy zdecydować czy dany przypadek nadaje się do obrazu dusznicy bolesnej, gdyż inaczej, po śmierci, brak zmian naczyniowych wieńcowych zbyt łatwo nakłoni do jego usunięcia z tej grupy chorobowej. Wymaga to niezmiernie dokładnego zebrania wywiadów i dokładnego badania chorych. Autor do swej statystyki wybierał chorych, którzy mieli słabsze czy silniejsze ale wyraźne objawy dusznicy bolesnej. Oczywiście, ponieważ sprawa chorobowa opiera się na subjektywnych odczuciach badanych, czynnik osobisty nie może być całkowicie usunięty, jednakże w każdym razie będzie on większym jak w statystykach innych autorów. Liczba chorych klinicznych spostrzeganych przez autora sprawdzonych sekcyjnie wynosi 44. Jest to bardzo wiele, jeżeli się uwzględni, że jedna z prac podstawowych, wykonanych w tej dziedzinie przez Mackenziego, opiera się tylko na 23 chorych. Autor dzieli swe przypadki na 2 grupy: chorych z dusznicą bolesną i z wyraźnemi zmianami naczyń wieńcowych oraz chorych z objawami dusznicy bolesnej bez zmian naczyń wieńcowych.

Grupa pierwsza obejmowała 25 przypadków dusznicy bolesnej z czego 11 na tle kiłowem ze zwężeniem ujścia naczyń wieńcowych przez sprawę kiłową. Cechą charakterystyczną tych 11 przypadków była wielka jednolitość zmian anatomicznych. U wszystkich tych chorych występowały napady dusznicy w czasie wysiłku; u 8 na 11 przypadków stwierdzono równocznesną niedomykalność zastawek tętnicy głównej. Można więc powiedzieć, że o ile dusznica bolesna nie jest częstą w przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej kiłowego pochodzenia, o tyle może mieć znaczenie rozpoznawcze dla sprawy kiłowej naczyń wieńcowych. W większości tych przypadków śmierć była nagła, częściej jako zakończenie napadu dusznicy bolesnej, rzadziej jako następstwo niewydolności lewej komory z obrzękiem płuc. Ani razu nie stwierdzono zawału mięśnia sercowego. Do grupy pierwszej autor zalicza jeszcze 11 przypadków dusznicy bolesnej ze zwężeniem naczyń wieńcowych. Cechy kliniczne tych grup chorych są również dość charakterystyczne. Wszyscy chorzy z wyjątkiem jednego byli w wieku od 50 — 70 lat, grupa poprzednia nagół zawierała osobniki młodsze. Dalej w przeciwieństwie do pierwszych 11 chorych składających się z prawie równej liczby mężczyzn i kobiet, między tymi chorymi byli prawie sami mężczyźni. Dowodzi to, że zmiany tętnicze niekiłowego pochodzenia są częstsze u mężczyzn. Ani razu nie stwierdzono niedomykalności zastawek tętnicy głównej, natomiast zawał mięśnia sercowego stwierdzono u 8 na 11 przypadków. Kiły, którą stwierdzono w 10 przypadkach u pierwszych chorych nie stwierdzono w ani jednym przypadku. Jeżeli natomiast chodzi o odróżnienie objawów dusznicy bolesnej to obie opisane grupy przypadków, dusznicy bolesnej pochodzenia kiłowego i niekiłowego nie różnią się od siebie. U wszystkich stwierdza się dusznicę serca. Nie można się więc opierać na objawach dusznicy aby odróżnić jej formy kiłowe od niekiłowch. Nagół zwężenie ujść naczyć wieńcowych jest spowodo-

wane kiłą, ale nie jest to prawo absolutne nie znające wyjątków; zwężenia takie mogą występować i z powodu zwykłych zmian miażdżycowych. Przyczyna tych zmian naczyń wieńcowych szczególnie u osób młodych jest może podobna do choroby Buergera, która u tych chorych zamiast w naczyniach kończyn usadawia się w naczyniach wieńcowych.

Do pierwszej grupy zaliczył autor jeszcze 3 osoby, u których stwierdzono zwężenie ujść naczyń wieńcowych z powodu kiły oraz zmiany miażdżycowe tych naczyń. Byli to ludzie starsi, u których zmiany mażdżycowe powstały prawdopodobnie nie na tle kiły, ale z powodu wieku podeszłego. W tych przypadkach nie można oczywiście odróżnić czy ataki dusznicy powstawały z powodu zwężenia ujść naczyń wieńcowych czy z powodu zmian miażdżycowych. Autor zalicza te przypadki do dusznicy bolesnej, powstającej na tle zmian naczyń wieńcowych pochodzenia kiłowego.

O ile pierwsza grupa przypadków dusznicy bolesnej na tle zmian naczyń wieńcowych jest klinicznie jednolitą, o tyle grupa druga bez zmian naczyniowych wykazuje cechy bardzo różnorodne tak, iż klinicznie te przypadki różnią się bardzo od siebie. Z tego też względu autor grupuje przypadki grupy drugiej pod nazwą zespołu dusznicowego. W pierwszej linji należy do tego zespołu uczucie lęku i bólu występujące łącznie z dusznością często przy ruchu. Uczucie to jednak mija w spokoju razem z dusznością, ból jest zwykle umiejscowiony w dołku podsercowym i wykazuje nieznaczne promieniowanie w kierunku mostka, promieniowanie do ramienia jest rzadkie. W przypadkach takich autor nigdy nie spostrzegał uszkodzenia naczyń wieńcowych. U innych znowu chorych objawy lęku i bólu towarzyszą wadom serca. W tych przypadkach bóle zjawiają się niezależnie od ruchu bez duszności i są zupełnie podobne do prawdziwej dusznicy bolesnej. I u tych osób nie stwierdza się żadnych zmian naczyń wieńcowych serca. Nie jest jasnem dlaczego wśród osobników obarczonych wadą serca jedne cierpią z powodu napadów dusznicy bolesnej, inne tych ataków nie znają. W każdym razie można powiedzieć, że przyczyną tych napadów nie są zmiany naczyń wieńcowych serca. Ze spostrzeżeń autora wynika, że czasami nietypowe objawy dusznicowe występują i w przebiegu innych spraw chorobowych (Gruźlica włóknista. Przewlekłe zapalenie nerek) w których jednakże nie stwierdza się zmian naczyń wieńcowych serca.

Bywa i tak, że w przypadkach zmian tętnicy głównej na tle kiłowem występują mniej lub więcej silne objawy dusznicy bolesnej, czasami zupełnie typowe, jednakże i w takich przypadkach nie zawsze tętnice wieńcowe są zmienione. Nie można z pewnością określić dlaczego u tych chorych występowały objawy dusznicy, możliwe że ich przyczyną była niedomykalność zastawek tętnicy głównej, stwierdzona w dwóch przypadkach, która u tych chorych wywołała objawy dusznicy podobnie jak u chorych obarczonych tą samą wadą z powodu zapalenia wsierdzia. U innych chorych ujścia tętnic międzyżebrowych były zarośnięte i to może tłomaczy pewne nietypowe objawy dusznicy w których bóle są umiejscawiane nizko. Wreszcie autor stwierdził typowe ataki dusznicy bolesnej u trzech chorych z przewlekłem zapaleniem nerek, u których żadnych zmian naczyń wieńcowych nie znaleziono.

Autor odróżnia chorobę naczyń wieńcowych od zespołu objawów bólowych. Pierwsza spowodowana zwężeniem ujść naczyń wieńcowych albo też, zwężeniem wzdłuż ich przebiegu może wywołać objawy i w sercu względnie zdrowem albo też górować objawami w sercu zmienionem i chorem, doprowadzając do powikładnych spraw sercowych, w których odróżnienie objawów wieńcowych od pierwotnego cierpienia mięśnia sercowego jest prawie niemożliwe. Pozatem istnieje zespół objawowy dusznicy, który może występować i poza zmianami naczyń wieńcowych serca. W zależności od łączenia się dwóch zespołów: anatomicznego i klinicznego odróżniać można następujące grupy chorobowe: chorobę naczyń wieńcowych bez objawów dusznicy, obejmującą głównie zmiany mięśnia sercowego, zawały, etc., chorobę naczyń wieńcowych z objawami dusznicy, w której ból towarzyszy uszkodzeniom tętnic i wreszcie objawy dusznicy bez zmian naczyń wieńcowych. Ciężkie objawy dusznicy ze spadkiem ciśnienia krwi, zakończone nagłą śmiercią widział autor jednak tylko w przypadkach zmian naczyń wieńcowych i opierając sią na tem wątpi, aby ciężkie objawy dusznicy bolesnej, kończące się śmiercią, mogły wystąpić bez uszkodzenia naczyń wieńcowych serca.

Zastanawiając się nad przyczyną bólów, towarzyszących dusznicy dochodzi autor do przekonania, że bóle te nie są wywołane niedokrwieniem albo zawałami mięśnia sercowego. Zmiany takie znajduje się czasami u chorych z dusznicą, ale chorzy ci mogą ich również nie wykazywać, z drugiej strony są one częste u chorych sercowych, nie mających żadnych dolegliwości bólowych. Zwężenia naczyń wieńcowych stwarzają skłonność do występowania objawów dusznicy, stwierdzały to liczne dawne badania i potwierdza się to na podstawie obecnych spostrzeżeń autora. Jednakże te uszkodeznia nie są ani wystarczającą, ani niezbędną przyczyną ataku dusznicy, gdyż stwierdza się często zwężenia tętnic wieńcowych u osób, które nie miały ataków i mogą one pozatem występować na tle wad serca, zmian osierdzia, etc. Autor zwraca uwagę na to, że wielu chorych chąc się uchronić od zbliżającego się ataku odruchowo zaczyna wolno i głęboko oddychać i że czasami w ten sposób udaje się im albo nie dopuścić do napadu albo też znacznie go skrócić. To spostrzeżenie potwierdza przypuszczenie autora, że przyczyną napadów dusznicy bolesnej jest zastoinowe przekrwienie rozgałęzień, pni i splotów żylnych podstawy serca, które wywierając ucisk na sieć nerwów sercowych wywołać może zespół objawów bólowych. Zrozumiałą jest rzeczą, że głęboki wdech, pobudzając w pierwszej linji krążenie żylne, ułatwiając odpływ krwi odciąża przepełnione krwią naczynia wieńcowe i zmniejsza równocześnie objawy bólowe.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Odczyny na zakażenie gruźlicze u niemowląt uodpornionych doustnie szczepionką BCG. (Etude clinique des réactions à l'infection tuberculeuse des

nourrissons vaccinés par l'ingestion de BCG). B. Weill-Halli, R. Turpin et M-elle A. Maas.

La Presse Méd. N. 86 — 1932.

Wzmożenie odporności naturalnej w stosunku do gruźlicy pod wpływem szczepienia BCG może ulegać wahaniom w zależności od zmiennych warunków ustrojowych i następczego zakażenia. Autorzy starają się ustalić rodzaj i jakość odczynów chorobowych u osobników zaszczepionych BCG, pod wpływem późniejszego zakażenia gruźlicą. W wypadkach rzadkich następcze zakażenie w środowisku gruźliczem prowadzi do występowania zjawisk chorobowych, odznaczających się naogół skłonnością do wyleczenia.

Autorzy rozporządzają liczbą 1467 dzieci zaszczepionych, z których 445 dzieci znajdowało się w warunkach nie wykluczających możliwości późniejszego zakażenia się gruźlicą. Wśród tych dzieci autorzy zebrali 33 przypadki zachorzeń o charakterze gruźliczym.

Przy badaniu za pomocą odczynów tuberkulinowych niemowląt szczepionych przez doustne podanie BCG, stwierdza się, że odsetek odczynów dodatnich bywa różny zależnie od środowiska dzieci zaszczepionych, mianowicie jest on znacznie wyższy w środowisku gruźliczem, niż w środowisku zdrowem. Zjawisko to znalazło potwierdzenie u wielu autorów i wykazuje, że niemowlęta, po okresie uodpornienia przez BCG, mogą znosić bez szkody zakażenie gruźlicze, wyrażające się u nich jedynie wcześniejszem występowaniem uczulenia na tuberkulinę. Zjawisko to jest jednym z dowodów klinicznych przemawiających na korzyść odporności wywoływanej przez BCG.

W grupach przypadków z objawami chorobowemi, autorzy obserwowali: 1) zahamowanie rozwoju ogólnego dziecka z powiększeniem gruczołów obwodowych, 2) powiększenie gruczołów z następczem ich zropieniem, 3) powiększenie gruczołów wnękowych o charakterze czynnej sprawy gruźliczej, 4) sprawy swoiste kostne i stawowe.

Przebieg tych zachorzeń odznaczał się ogólnie dobrotliwością i skłonnością do cofania się.

Autorzy usilnie zwracają uwagę na konieczność zachowania po zaszczepieniu, — okresu odosobnienia niemowlęcia od otoczenia, na przeciąg 4—5tygodni, czyli na czas wytwarzania się odporności. Przypadki chorobowe bowiem, które powstają na skutek zakażenia się gruźlicą przed uzyskaniem odporności nie będą się różniły w przebiegu od zwykłej gruźlicy niemowlęcej.

Dłuższe obserwacje niemowląt szczepionych zaraz po urodzeniu się, przez doustne podanie BCG wykazują więc, — że u niektórych niemowląt, z liczby wystawionych na możliwości następczego zakażenia się gruźlicą, mogą powstawać zachorzenia swoiste lecz odznaczające się łagodnym przebiegiem i wybitną skłonnością do gojenia się.

Częstość tych zjawisk chorobnych jest niewielka, wynosi bowiem u dzieci szczepionych w środowiskach gruźliczych 7,4%, a obliczona w stosunku do wszystkich dzieci zaszczepionych wynosi 2,2%.

Naogół obserwacje odczynów w następstwie zakażenia gruźlicą u niemowląt szczepionych BCG przynoszą nowe cenne dowody kliniczne na korzyść tej metody uodporniania.

Odżywianie dziecka zdrowego od drugiego roku życia do okresu pokwitania. (La diététique de l'enfant normal, du sevrage à la puberté). H. Grenet et Mourrut.

Le Journal médical français. N. 10. 1932.

Odżywienie dziecka jak i dorosłego ma na celu utrzymanie równowagi chemicznej tkanek, ciepłoty normalnej i pokrycie wydatków czynności mięśniowej. Prócz tego odżywianie powinno dostarczyć dziecku pierwiastków niezbędnych dla wzrostu. A więc należy odróżnić dawkę pokarmową podstawową, dawkę odpowiadającą wydatkom pracy mięśniowej, i niezbędną dla wzrostu.

O ile równowaga chemiczna tkanek zależy głównie od jakości spożywanych pokarmów, o tyle regulacja cieplna jest uzależniona od ogólnej ilościowej wartości energetycznej pokarmów. Ilość ta niezbędna dla regulacji cieplnej stanowi dawkę podstawową. Ilość wydatkowanej przez ustrój energji cieplnej nie jest proporcjonalną do wagi, lecz raczej do powierzchni ciała; na każdy cm^2 powierzchni dziecko wydaje tyleż energji cieplnej co dorosły; lecz ponieważ powierzchnia w stosunku do wagi u dziecka jest znacznie większą, utrata ciepła jest też znacznie większą, co wymaga względnie wyższych dawek pokarmowych.

A więc: waga dziecka jest niedostatecznym wskaźnikiem zapotrzebowania kalorycznego; ulega ona dużym wahaniom indywidualnym. To samo odnosi się i do wzrostu. W praktyce jednak wystarczy posiłkować się danemi wieku, wzrostu i wagi dziecka.

Dziecko bywa zwykle b. ruchliwe; jest to wiek ruchów. Przy obliczaniu odżywania u dziecka, nie należy zapominać, że ruchliwość ta odpowiada pracy fizycznej dorosłego i że należy ten czynnik uwzględnić.

Maurel próbował ustalić dawkę pokarmową dodatkową dla dziecka niezbędną dla zapotrzebowania wzrostu. Posiada to znaczenie wyłącznie prawie teoretyczne. Praktycznie ważniejszem jest pamiętać, że jakość, a nie ilość pokarmów odgrywa zasadniczą rolę w sprawie wzrostu. W stosunku do djetetyki dziecięcej zdrowy rozsądek i doświadczenie powinny górować nad dogmatycznemi zasadami teoretycznemi. W ten sposób różne systemy odżywiania oparte na teoretycznych złożonych obliczeniach (między innemi system Pirquet'a), w stosunku do dzieci wymagają tyle poprawek w związku z wzrostem, tolerancją, łaknieniem i t. p., że według opinji autorów utrudniają raczej, a nie ułatwiają sprawę odżywiania. Główny wysiłek w sprawie uregulowania odżywiania dziecięcego, powinien być skierowany na rodzaj i jakość pokarmów.

Odżywianie wystarczające dla pokrycia potrzeb kalorycznych, energetycznych i wzrostu, będzie pomimo to złem odżywianiem o ile wśród składników pokarmowych nie będzie zachowana równowaga.

Białko jest jednym z najważniejszych składników w odżywianiu dziecka, ponieważ jest to typ pokarmu wzrostowego. Dla dorosłego 1 grm. białka na kilo wagi jest dawką wystarczającą. Dla dziecka przeciwnie dawki muszą być znacznie wyższe, i wynoszą w pierwszych latach i w okresie pokwitania ok. 2½ grm. białka na kilo wagi, w międzyczasie zaś nieco mniej, około 2 grm.

Lecz różne rodzaje białka nie są jakościowo równowartościowemi i nie dają się dowolnie za-

stępować. Tak białko roślinne nie posiada żadnego wpływu na wzrost. Jedynie w białkach pochodzenia zwierzęcego znajdują się kwasy aminowe o ustalonej wartości jako czynnik wzrostu, a mianowicie — lizyna, cystyna, arginina i histydyna. Czynniki te powinny w dostatecznej ilości znajdować się w pokarmach przeznaczonych dla dziecka. Ich brak absolutny lub względny może doprowadzić do zespołu chorobowego cechującego się najpierw brakiem łaknienia i apatją, dalej zahamowaniem wzrostu i spadkiem wagi.

Nie jest także bynajmniej obojętne w jakiej postaci są podane białka pochodzenia zwierzęcego:

a) Znaczenie mleka w odżywianiu dziecka zmniejsza się w miarę wieku dziecka. Lecz zawartość w nim białka nie jest znikomą (40 — 50 grm. na litr). Nawet starszym dzieciom należy chociażby raz dziennie na pierwsze śniadanie podawać mleko i jego świeże produkty.

b) Jaja są jedną z najlepszych postaci dla podawania białka dzieciom. Już od drugiego roku życia może być podawane żółtko. Jednak czasami są one źle znoszone przez dzieci i wtedy nie należy nastawać na podawanie ich.

c) Sprawa mięsa jest najbardziej dyskutowaną i w sprawie tej panuje największa rozbieżność. O ile autorzy niemieccy mają skłonność do wczesnego podawania mięsa (nawet w I roku życia), inni jak naprz. Maurel zabraniają go, aż do 6-go roku życia. Niektórzy kierują się rozwojem uzębienia (po zjawieniu się kłów). Autorzy artykułu sądzą, że dziecko 1½ roczne powinno otrzymywać mięso.

Oczywiście należy ustalić jakie rodzaje pokarmów mięsnych mogą być dziecku tak wcześnie dozwolone. Sok mięsny można podawać już bardzo wcześnie, łącznie naprz. z papkami jarzynowemi. Chudą gotowaną szynkę około 15-tu mies. Chude gatunki ryb i móżdżek są to pierwsze pokarmy mięsne w II-m roku życia.

Zwykłe mięso oczywiście później (po zakończeniu pierwszego ząbkowania). Dawka podawanego mięsa stopniowo wzrasta, tak że dziecko w okresie pokwitania otrzymuje tyleż pokarmów mięsnych co dorosły.

Węglowodany stanowią ilościowo główny składnik pokarmów niemowlęcych. Przyjmuje się, że starsze dzieci otrzymują średnio 5 do 7-miu grm. węglowodanów na kilo wagi, dziennie.

Mimo, że ich rola teoretycznie jest mniej zasadnicza niż białka, praktycznie powinny znaleźć szerokie uwzględnienie w djecie dziecka. Są one niezbędne dla przyswajania tłuszczów i białka i odgrywają pierwszorzędną rolę w utrzymaniu równowagi zasadowo-kwasowej w ustroju. Brak ich wywołuje zakwaszenie cechujące się bladością, wychudzeniem i wymiotami. Wszelkie rodzaje węglowodanów mogą być uwzględnione w odżywianiu dziecka.

a) Przedewszystkiem produkty mączne. Chleb jednak wchodzi do odżywiania dzieci tylko bardzo stopniowo i jest zawsze pokarmem dodatkowym. O ile skrobja jego jest łatwo przyswajalna, o tyle białko jest źle strawne. Zaparcie i niestrawność są często następstwem nadużywania chleba w wieku szkolnym. Słodkie pieczywo podaje się także w ilościach b. umiarkowanych.

b) Jarzyny suche mączne (groch, fasola itp.) zawierają dużo białka (20—25%) obok dużej ilości węglowodanów (50—60%). Przez dodatek tłuszczu mogłyby stanowić odżywianie kompletne. Jednak ich otoczka drzewnikowa utrudnia dostęp soków trawiennych. Dzieciom muszą być podawane b. rozgotowane i w postaci przetartej. Kartofle są mniej wartościowe odżywczo, lecz łatwo strawne i w użyciu b. praktyczne. Jarzyny zielone są niezmiernie ubogie w składniki odżywcze (2 — 3%). Rozgotowane i przetarte są pożyteczne dzięki zawartości soli mineralnych, między innemi żelaza.

c) owoce surowe dawniej były wykluczone z odżywiania pierwszych lat dzieciństwa, gdyż przypisywano im schorzenia kiszkowe. Obecnie popularyzacja witamin przyczyniła się do ich podawania. Warunkiem koniecznym jest aby były dojrzałe.

Pewna ilość tłuszczów (2—3 grm. na kilo) jest także niezbędną w odżywianiu dziecka. Tłuszcz dostarcza dużo kalorji zużytkowanych dla regulacji cieplnej. W pierwszych latach tłuszcz podaje się w mleku, i w postaci świeżego masła. Od 3-go roku mogą być podawane i inne rodzaje tłuszczów zwierzęcych lub roślinnych (w potrawach).

Prócz tego muszą być uwzględniane liczne sole mineralne niezbędne głównie dla rozwoju układu kostnego. Różne pokarmy zawierają wystarczającą ilość różnych soli, tak że w obliczu zaburzeń w rozwoju kośćca chodzi głównie o brak przyswajania. Wyjątek stanowi tylko żelazo, które w postaci przyswajalnej znajduje się wyłącznie w niektórych jarzynach zielonych (szpinak, groszek zielony). Pokarmy więc te powinny być wcześnie uwzględnione w odżywianiu dzieci.

Rozpoznanie przerostu grasicy u niemowlęcia. (Diagnostic de l'hypertrophie du thymus chez le nourrisson). G. Mouriquand et M. Bernheim.

Paris Médical. N. 45. 1932.

Przerost grasicy jest cierpieniem rzadkiem. Rozpoznawanie przerostu grasicy u niemowlęcia jest trudne. Rozpoznawanie należy ustalać z wielką ostrożnością opierając się jednocześnie na wnioskach klinicznych, rentgenologicznych i leczniczych.

Przerost grasicy jest cierpieniem wieku niemowlęcego. Objawy zjawiają się zwykle w pierwszych tygodniach życia. nigdy po upływie pierwszego roku. Podejrzewać przerost grasicy można we wszystkich stanach duszności o typie zwężenia drogi krtaniowo-tchawicowej. Niemowlę, od chwili urodzenia się, ma stale lub napadowo oddech utrudniony lub głośny. Towarzyszą temu zjawisku: wciąganie dołków i sinica twarzy. Duszność może napadowo nasilać się lub zmniejszać. Innym razem, u zdrowego dotąd niemowlęcia opisana duszność powstaje nagle. Szmer oddechowy głośny (stridor) słyszalny jest przeważnie przy wdechu, bywa zmienny co do nasilenia, nasila się przy zginaniu głowy ku tyłowi.

Sinica twarzy towarzyszy zaburzeniom oddechowym, lub występuje jako objaw napadowy odosobniony przy wdechu normalnym. Objawy te mogą być w niektórych przypadkach mało uchwytne: minimalna duszność lub sinica występująca okresowo podczas krzyku, zmian położenia dziecka itp.

Autorzy sądzą, że poza danemi zwykłej obserwacji zaburzeń w oddychaniu, badanie fizykalne nie daje u niemowlęcia żadnych wskazówek;

znaczenie opukiwania grasicy jest znikome. Wszystkie objawy zresztą nie są patognomoniczne dla przerostu grasicy.

Także i rozpoznawanie przerostu grasicy na podstwie rentgenoskopji, która stwierdza rozszerzenie cienia śródpiersia górnego bywa bardzo często mylne. Przy zdjęciach należy zachować szereg warunków technicznych. U dziecka normalnego — cień śródpiersia górnego powstaje dzięki naczyniom. Szerokość tego cienia zmienia się zależnie od pozycji dziecka, przy zdjęciu rentgenoskopowem. Wskutek przepełnienia naczyń i podniesienia przepony, cień śródpiersia w pozycji leżącej jest szerszy.

Drugim warunkiem jest faza oddechowa, w której uchwycone zostało zdjęcie. Jak wykazał Duhem, należy uchwycić ściśle moment wyjaśnia się pola płucnego przy wdechu. Przy wydechu szerokość cienia śródpiersia wyraźnie powiększa się. Krzyk niemowlęcia powiększa również szerokość cienia. Podobne zjawisko powstaje u niemowląt z bębnicą jamy brzusznej wskutek łykanie powietrza (aerophagia).

Nieuwzględnienie tych szczegółów może prowadzić do mylnego ujęcia rozszerzenia cienia śródpiersia i mylnego rozpoznania przerostu grasicy. Obraz rentgenoskopowy ma tylko wtedy znaczenie miarodajne, jeżeli zdjęcie wykonano w pozycji pionowej i w chwili wdechu, a cień śródpiersia górnego mimo to wykazuje wyraźne przekroczenie w prawo i w lewo granic cienia mostkowo-kręgowego.

Istnienie przerostu grasicy nie może być negowane, lecz przerost ten nie posiada własnej symptomatologji klinicznej. Zupełnie podobny zespół objawów mogą dawać inne cierpienia. Zanim rozpoznamy przerost grasicy należy wykluczyć: wczesne wyrośla adenoidalne (szmer znika przy ucisku nosa), wady rozwojowe noso-gardzieli, tchawicy i przełyku, tężyczkę (laryngospasmus), t. zw. „stridor congenitus" (szmer oddechowy nie nasila się przy zginaniu głowy ku tyłowi), ciała obce, nowotwory wrodzone krtani, przerost gruczołu tarczycowego, wady wrodzone serca, guzy śródpiersia, wysięki opłucnej śródpiersia.

Wreszcie dla rozpoznania duże znaczenie posiada wynik leczenia promieniami rentgena. O ile to działanie lecznicze występuje szybko i doprowadza do zupełnego ustąpienia wszystkich objawów, jest to najbardziej miarodajnym dowodem przemawiającym za przerostem grasicy. W przeciwnym razie rozpoznanie staje się bardzo wątpliwem.

Co się tyczy patogenezy t. zw. nagłej śmierci niemowląt mającej być w związku z przerostem grasicy, to autorzy całkowicie negują rolę grasicy w patogenezie tego zjawiska.

Biegunka w związku z posiłkami u niemowląt przy piersi. (La diarrhée prandiale des enfants au sein). A. B. Marfau.

Paris Médical. Novembre. 1932.

Wśród licznych postaci biegunek występujących u niemowląt karmionych piersią, najczęstszą jest postać, której główną cechą jest oddawanie płynnego lub pół-płynnego stolca za każdym razem, w czasie lub natychmiast po karmieniu, a więc 6—8 razy na dobę.

Zaburzenie to pomimo swej dobrotliwości, niepokoi matki i często bywa powodem do błędnego postępowania leczniczego, jak naprz. do zaprzestania karmienia naturalnego.

Biegunkę tego rodzaju widuję się prawie wyłącznie u niemowląt w pierwszym kwartale życia. Początek cierpienia zwykle sięga pierwszych tygodni życia. W okresie rozwoju choroby można zaobserwować, że dziecko w czasie karmienia lub po nakarmieniu oddaje stolec o cechach nienormalnych, a więc pół-płynny, pienisty, lub zielonkawy, z domieszką śluzu i grudek tłuszczowych. Charakter samego stolca nie odgrywa wielkiej roli i świadczy tylko o mniejszem lub większem natężeniu sprawy. Stolce tych dzieci zawierają wyłącznie drobnoustroje normalnie spotykane u dzieci karmionych pokarmem naturalnym. Nic nie przemawia za przypuszczeniem, aby biegunkę tego typu uzależniać od zakażenia jelit.

Prócz zasadniczego objawu — biegunki, niemowlęta te często miewają inne zaburzenia trawienne: częste odbijania, zrzucanie niewielkich ilości pokarmu, bóle i wzdęcia brzucha. Łaknienie jest zachowane, ale kapryśne. Dzieci często są niespokojne, źle sypiają, dużo krzyczą. Lekkie postacie tych zaburzeń prawie nie odbijają się na ogólnym stanie dziecka; cięższe i uporczywie trwające hamują przyrost wagi lub czynią go nieregularnym i dziecko nieco blednie, tkanki jego wiotczeją. Po wyzdrowieniu, waga szybko wyrównywa się.

Przebieg cierpienia jest przewlekły i pozostawiony bez leczenia ustępuje samoistnie w czwartym miesiącu życia. W przebiegu bywają obostrzenia i okresy poprawy. Cierpienie nie prowadzi do poważniejszych powikłań, za wyjątkiem wyprysku na skórze w okolicy odbytu. Rokowanie jest więc pomyślne.

Biegunka w związku z przyjmowaniem posiłków zdarza się prawie wyłącznie u niemowląt karmionych pokarmem naturalnym. Nie stoi ona w związku z przekarmianiem, gdyż bywa spostrzeganą i u niemowląt żywionych zupełnie prawidłowo. Pewną rolę odgrywa podłoże konstytucyjne, neuro-artretyczne tych dzieci, które wykazują specjalne uczulenie w stosunku do pokarmu. Biegunka nie zależy od jakości pokarmu naturalnego, lecz jest wywołaną stanem nadwrażliwości przewodu pokarmowego niemowlęcia na pokarm. Stan ten jest wrodzony ale przemijający. Alarcon i Lipman przypisują ten stan nadwrażliwości hypervagotonji noworodka. Weil ujmuje ten stan jako uczulenie anafilaktyczne i otrzymuje dobre wyniki lecznicze za pomocą wstrzykiwania niemowlęciu podskórnie mleka matki.

W leczeniu tych stanów nie należy popełniać błędu polegającego na odstawieniu od piersi. Przypadki o natężeniu lekkiem wymagają jedynie ścisłego uregulowania karmienia. W przypadkach cięższych i uporczywych najlepsze wyniki daje zastąpienie 1—2 karmień piersią — mlekiem krowiem, czyli wprowadzenie odżywiania mieszanego (allaitement mixte).

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie wewnętrzno-farmakologiczne zapalenia pęcherza żółciowego w przebiegu kamicy. (Le traitement médical et hydrominéral du cholecystite

dans la lithiase biliaire) — temat programowy Zjazdu Międzynarodowego w sprawie kamicy żółciowej w 1932 roku. Chiray, Chabrol, Umber i inni.

Presse Méd. Nr. 78, wrzesień 1932.

Leczenie to polega na wzmaganiu wydzielania żółci (środki żółciopędne), wydalania żółci (cholagoga), na stosowaniu środków przeciwgnilnych dla żółci i specjalnem oddziaływaniu na komórki wątrobowe.

Stosowanie środków żółciopędnych ma na celu odciążenie wątroby, pracującej pod wpływem kamicy i zakażenia mniej sprawnie. Praktycznie biorąc, środki te (pochodne fenolu) jednocześnie w mniejszym lub większym stopniu wzmagają i wydalanie żółci. Niektóre z nich działają szybko i gwałtownie (stosowane dożylnie — zwykle w pierwszych dniach po operacji w przypadkach zakażonych), inne — powoli i łagodnie; do tych ostatnich należą niektóre wody mineralne (Grande Grille, l'Hôpital, Chomel).

II. Punktem wyjścia dla stosowania środków, wzmagających wydalanie (cholagoga), było następujące doświadczenie *Meltzera.* Wprowadzał on 25% roztwór siarczanu magnezu do dwunastnicy i otrzymywał rozluźnienie zwieracza Oddi'ego, co powodowało wylewanie się do dwunastnicy żółci z przewodu wspólnego i pęcherza żółciowego. Zauważono niejednokrotnie, że po takiem wprowadzeniu w celach rozpoznawczych do dwunastnicy (zapomocą zgłębnika dwunastniczego) powyższego roztworu, chorzy odczuwali przez jakiś czas dużą poprawę. Zabieg ów jest wskazany przedewszystkiem w kamicy przewodu wspólnego, a następnie, w przebiegu pooperacyjnym po wycięciu pęcherza żółciowego — w celu łagodzenia bólów, zależnych od nadmiernego skurczu zwieracza Oddi'ego; wreszcie, zakażenie przewodów żółciowych i przetoki żółciowe pooperacyjne dają wskazania do stosowania powyższego środka.

III. Zwalczanie zakażenia żółci i przewodów żółciowych odbywa się przedewszystkiem na drodze mechanicznej, zapomocą środków, wzmagających wydalanie żółci; chemiczne zwalczanie zakażenia, przychodzi do skutku za pośrednictwem środków, chemicznych, działających bezpośrednio bakterjobójczo, lub też zmieniających Ph żółci (stężenie jonów) w kierunku jej zalkalizowania, co uniemożliwia rozwój pewnych rodzajów drobnoustrojów.

IV. Sam miąższ wątrobowy cierpi również w następstwie zastoju żółci i jej zakażenia; powstaje tak zwana „hepatoza" (analogicznie do nefrozy), przejawiająca się klinicznie mocno nasiloną żółtaczką. Nieleczona — prowadzi do zapalenia śródmiąższowego tkanki wątrobowej, zwyrodnienia, zaników, ropni i, wreszcie, marskości żółciowej. Zostało stwierdzone, że zubożenie komórek wątrobowych w glikogen stanowi okres wstępny powyższych zmian ze strony miąższu wątroby. W związku z tem zaczęto stosować z powodzeniem w hepatozach już rozwiniętych i zapobiegawczo duże ilości cukru w celach leczniczych, z dodatkiem insuliny — ażeby ułatwić magazynowanie glikogenu w wątrobie.

Podawanie cukru z insuliną, uzupełnione stosowaniem środków żółciopędnych, wzmagających wydalanie żółci i antyseptyków żółciowych chroni w dużym stopniu przed powikłaniem zapalenia pęcherza żółciowego „hepatozą".

Mechanizm działania leczniczego kąpieli słonecznych w gruźlicy. (Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose, peut-il s'expliquer?) — temat programowy II Zjazdu Międzynarodowego w sprawie światłolecznictwa. Gauvain, Jesionek, Aimes, Bronstein.

La Presse Méd. N. 78, wrzesień 1932.

Działanie światłolecznictwa zaznacza się w kierunku zmiany składu krwi, zmiany w wymianie płynów tkankowych, w układzie składu krwi, zmian w wymianie płynów tkankowych, w układzie krwionośnym i w kierunku wzmożenia odporności organizmu. Działanie to przychodzi do skutku za pośrednictwem skóry, układu nerwowego i psychiki chorego. Pod wpływem naświetlań słonecznych powstają w skórze różne ciała odponorściowe i witamina D, które następnie przechodzą do całego ustroju. Promienie słoneczne, drażniąc zakończenia nerwowe, wywołują cały szereg działających korzystnie dla zdrowia odruchów ze strony układu współczulnego. Wreszcie, przez wpływ na psychikę, poprawia się nastrój chorego, nasila się energja życiowa i chęć wyzdrowienia, co odgrywa — jak wiadomo — dużą rolę w lecznictwie wogóle, a zwłaszcza gruźlicy.

Co się tyczy gruźlicy chirurgicznej, to zwraca tutaj uwagę różnorodność reagowania ze strony poszczególnych chorych na te same bodźce światłolecznicze. Jedni chorzy wymagają bodźców zmiennych co do jakości i nasilenia i częstych, inni w tych samych warunkach stają się niespokojni, drażliwi i przemęczeni. Zależy to nie od istoty i charakteru cierpienia gruźliczego, a jedynie od indywidualnego reagowania ustroju na bodźce słoneczne. Najlepsze wyniki lecznicze osiąga się, zmieniając rodzaj i natężenie tych bodźców (klimat górski, morski, różne temperatury i t. p.); z tych też względów do kąpieli słonecznych najbardziej nadają się miesiące zimowe i wiosenne, a pora dnia — przedpołudniowa.

Promienie słoneczne wywierają naogół na ustrój działanie tonizujące, podniecające, ale tylko w dawkach niezbyt dużych i niezbyt często powtarzanych; u ludzi stale przebywających na słońcu i na powietrzu powstaje przyzwyczajenie, a działania tonizującego się nie spostrzega. Dotyczy to działania ogólnego promieni słonecznych (zbliżonego do działania wstrząsu leczniczego). Poza tem ma miejsce ich działanie miejscowe, bezpośrednie; działanie bakterjobójcze w stosunku do prątków Kocha, jako też zdolność przenikania promieni pozafiołkowych wgłąb ciała — są znikome. Efekt leczniczy miejscowy sprowadza się do zapalenia skóry z wszelkiemi tegoż następstwami i nagromadzenia barwika w skórze; pigmentacja zwykle towarzyszy poprawie, ale sama, jako taka, działania leczniczego nie posiada.

Odczyn skóry na działanie promieni słonecznych nie ogranicza się jednakże tylko do zwykłego banalnego zapalenia, gdyż w warstwie podstawnej naskórka powstają tutaj procesy, których wynikiem jest nagromadzenie w ustroju ciał odpornościowych, skierowanych szczególnie prze-

ciwko jadowi gruźliczemu tak, że na skórę należy patrzeć nietylko jako na powłokę zewnętrzną ciała, ale także jako na narząd o dużej wartości obronnej przeciwko zakażeniu gruźliczemu. To też w przypadkach, w których skóra z tych czy innych względów utraciła powyższą własność obronną, naświetlania słoneczne i kąpiele powietrzne pozostają bez skutku leczniczego.

Leczenie chirurgiczno-ortopedyczne przewlekłego zapalenia stawu biodrowego, z wyłączeniem gruźlicy. (Traitement chirurgical des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche) — temat programowy 41 Zjazdu Tow. Chir. Francuskoch. **Cunéo i Rocher.**
La Presse Méd. N. 83, październik 1932.

Schorzenie omawiane ma etjologję bardzo różnorodną. Składają się na nią: wrodzone zaburzenia rozwojowe (np. zbyt obszerna panewka, jej „dwupiętrowość" i t. p.), zaburzenia odżywcze (osteochondritis dissecans, coxa vara, valga), schorzenia pourazowe (zwichnięcia, złamania, stłuczenia) i zakaźne stany zapalne stawu biodrowego. Charakterystycznem dla tego cierpienia jest to, że w późniejszym okresie przechodzi nieuchronnie w suche zniekształcające zapalenie stawu, które właściwie nie jest ani zapaleniem w ścisłem tego słowa znaczeniu, ani jednostką kliniczną, a tylko pewnym zespołem anatomo-patologicznym.

Zmiany anatomiczne dotyczą tu głowy kości udowej (spłaszczenie), szyi (skrócenie, zgrubienie, zgięcie w kierunku szpotawości i do przodu), panewki (jej poszerzenie, wyrośla kostne), chrząstek stawowych (owrzodzenie), torebki stawowej (zbliznowaciałej i zgrubiałej) i wzajemnego przemieszczenia się powierzchni stawowych (nadwichnięcia). Zmiany te stanowią zejście różnego rodzaju zapaleń i wogóle schorzeń przewlekłych stawu biodrowego i są wyrazem zużycia stawu, pracującego w warunkach nieprawidłowych. Przebieg kliniczny jest wybitnie przewlekły, z przerwami pozornego zdrowia w początkach i napadowemi pogorszeniami. Powoli rozwija się ograniczenie ruchów w stawie, szybkie męczenie się, bóle przy staniu i chodzeniu, szerzące się do pośladka, do kolana i niżej (rzekoma rwa kulszowa). Bóle pogarszają się przy chodzeniu i w chłodzie, słabną w pozycji leżącej i w cieple. Badanie przedmiotowe wykazuje zaniki mięśni uda i pośladka, wadliwe ustawienie kończyny (w zgięciu, przywiedzeniu i skręceniu ku wewnątrz lub nazewnątrz) i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym (najwięcej dotyczy skręcania, najmniej — zginania). Do zupełnego zesztywnienia dochodzi najczęściej w przypadkach zapalno-zakaźnych, bardzo rzadko — w przypadkach wrodzonych zaburzeń rozwojowych (coxarthrosis). Schorzenie może dotyczyć jednocześnie obu stawów.

Rentgenologicznie stwierdza się zwężenie szpary stawowej (wskutek ścieńczenia i zwapnienia chrząstki stawowej), jej zatarcie, obecność ciemnych i jasnych plam w części środkowej głowy (nierównomierne nagromadzenie soli wapniowych), panewka staje się płytszą, a na jej górnym brzegu widać wyrośla kostne.

Leczenie. W okresach wczesnych i późnych omawianego cierpienia wskazane jest leczenie wewnętrzne i ortopedyczne bezkrwawe, w okresie zaś środkowym — leczenie operacyjne, ale tylko w przypadkach ściśle określonych i przy braku wyniku po leczeniu zachowawczem. W początkach przewlekłego zapalenia stawu biodrowego zaleca się możliwie daleko idące oszczędzanie kończyny chorej (aż do zmiany zajęcia zawodowego włącznie), ograniczanie chodzenia do minimum, leczenie fizykalne, kąpiele ciepłe, rentgenoterapja i t. p. W razie braku wyników dodatnich po zastosowaniu powyższego leczenia przystąpić należy do bezkrwawych zabiegów ortopedycznych jako to: opatrunek gipsowy, opatrunek wyciągowy, noszenie stałego aparatu odciążającego — po ewentualnem skorygowaniu wadliwego ustawienia w znieczuleniu. Przy korygowaniu ustawienia koniecznem jest czasami przecięcie ścięgien mięśni przywodzących i mięśni, przyczepiających się do kolca biodrowego przedniego górnego.

Wreszcie, lecznictwo powyższych stanów chorobowych ma do dyspozycji cały szereg zabiegów operacyjnych, z których najczęściej stosowanemi są: przecięcie poprzeczne kości poniżejkrętarzowe i t. zw. „bifurkacja" według Lorenza — jedno i drugie ma na celu korekcję wadliwego ustawienia kończyny i zniesienia bólu przy chodzeniu. Ten ostatni zabieg odciąża, poza tem, powierzchnie stawowe i stwarza mocne oparcie dla kończyny (przy zwichnięciach w stawie biodrowym).

Do mniej często stosowanych zabiegów należą: usztywnienia stawu pozastawowe (przeszczepy kostno-okostnowe uszypułowane, kostne wolne), usztywnienia wewnątrzstawowe *(Albee)*, przedłużenie nazewnątrz górnego brzegu panewki zapomocą uszypułowanego przeszczepu kostno-okostnowego z talerza biodrowego — dla zapewnienia lepszego oparcia dla głowy kości udowej, wycięcia plastyczne kości i, wreszcie, plastyka stawu biodrowego.

Przy wyborze odpowiedniej metody leczniczej należy pamiętać o tem, że dla chorego lepszem jest posiadanie stawu sztywnego, ale niebolesnego i dającego dobre oparcie dla kończyny przy chodzeniu, niż stawu z zachowanemi częściowo ruchami, ale bolesnego.

Współczesny pogląd na operację wyłuszczenia gruczołu krokowego. (État actuel de la prostatectomie) — temat programowy III Zjazdu Chirurgów, Ginekologów i Urologów Rumuńskich w 1930 roku. **Stephanesco-Galatzi.**
Journ. d'Urologie XXXIV — N. 3, wrzesień 1932.

Jak dotychczas, obydwa sposoby wyłuszczania sterczu — przez pęcherz i przez krocze — posiadają swoich zwolenników i przeciwników, jakkolwiek droga kroczowa powoli zdobywa sobie coraz więcej uznania, głównie dzięki mniejszej śmiertelności pooperacyjnej (nie powoduje silniejszego zatrucia mocznikiem, właściwego drodze przezpęcherzowej).

Przeciwskazania do operacji wyłuszczenia sterczu. Zabieg ten jest przeciwskazany we wszelkich schorzeniach rdzenia z niedowładem pęcherza, gdyż zaleganie w nim moczu zakażonego po operacji grozi ciężkiemi powikłaniami. To samo dotyczy chorych z zaburzeniami psychicznemi, gdyż u nich operacja z reguły wywołuje pogorszenie cierpienia psychicznego. Nie należy również operować przypadków t. zw. „Hypertrophia prostatae sine prostata", w

których przyczyną dolegliwości jest zwykle zbliznowacenie szyi pęcherza. Pod żadnym pozorem nie wolno kwalifikować do operacji chorych, u których choćby podejrzewa się zwyrodnienie złośliwe sterczu, nawet we wczesnych okresach choroby, gdyż po operacji zawsze powstają tu nawroty, szybko prowadzące do śmierci. Albarran i Hallé w 16% przypadków, ocenionych klinicznie, jako dobrotliwe, stwierdzili histologicznie utkanie raka, z czego widać, że odsetka złośliwych guzów sterczu jest stosunkowo duża.

Wogóle wyłuszczenie sterczu będzie wskazane dopiero wówczas, gdy długo trwające i znaczne zaburzenia w oddawaniu moczu zbytnio utrudnia życie choremu, nie wcześniej; dotyczy to szczególnie osobników w podeszłym wieku. Cukrzyca nie stanowi bezwzględnego przeciwskazania do wyłuszczenia sterczu.

Pierwszym i koniecznym warunkiem do wykonania operacji jest zachowana sprawność nerek (stała Ambard'a, stężenie mocznika we krwi, indykanu, próba fenol-sulfo-ftaleinowa i inne). Niema zgody między chirurgami co do operowania jedno- lub dwuczasowego; to pierwsze będzie wskazane raczej w przypadkach wczesnych, to drugie — w przypadkach zapuszczonych, zadawnionych. Są jednak chirurdzy, którzy nawet w stanach silnego zatrucia decydują się operować jednoczasowo — po uprzedniem przygotowaniu chorego zapomocą cewnika na stałe.

Co do stosowania zapobiegawczego podwiązywania nasieniowodów zdania są również podzielone; *Marion* jest za podwiązywaniem, *Legueu* — przeciwko.

Technika operacyjna. Uśpienie — eterowe; chloroform jest przeciwskazany ze względu na możność zakażenia tkanek przypęcherzowych. Cięcie pęcherza wykonuje się jak najwyżej, to jest, jak najdalej od szyi pęcherza; nisko wykonane cięcia goją się trudno i powoli.

Sam akt wyłuszczania gruczołu może być źródłem następujących powikłań: nawrotu guza wskutek niezupełnego jego usunięcia, wytworzenia nieprawidłowej blizny w miejscu łożyska sterczu (diaphragma intervesicoprostatica — w postaci fałdu śluzówki), rozerwania zwieracza wewnętrznego (co jest, zresztą, przy sposobie przezpęcherzowym nie do uniknięcia) i krwotoku z łożyska guza (przy niedostatecznem jego wypełnieniu gazą). Bóle, jakie chorzy odczuwają w okresie pooperacyjnym, niesłusznie są wiązane z tamponowaniem gazą łożyska sterczu, gdyż gaza, o ile wypełnia tylko łożysko, a nie sterczy do światła pęcherza, bólów nie daje.

Zalety metody kroczowej: znacznie mniejszy (niż przy sposobie przezpęcherzowym) wstrząs pooperacyjny, stosunkowo niewielki wzrost stężenia mocznika we krwi po operacji (przy sectio alta — w 50% znaczny wzrost stężenia mocznika, maximum — czwartego dnia po operacji) i możność całkowitego oszczędzenia zwieracza zewnętrznego (nie bywa nigdy nietrzymania moczu po operacji).

Wady tej metody: niemożność obejrzenia wnętrza pęcherza (kamienie, kawałki sterczu), niebezpieczeństwo obrażenia ściany odbytnicy i powstania odpowiedniej przetoki, niebezpieczeństwo wycięcia wraz z guzem zwieracza zewnętrznego i większe zaburzenia następowe czynności rozrodczych (niż przy metodzie przezpęchorzowej).

Chirurdzy, którzy stosują równolegle obie metody (Marion), przez krocze operują przeważnie osobników tłustych i mniej odpornych na zakażenie i zatrucie.

Anatomja patologiczna i obraz kliniczny ropnego zapalenia tkanki przynerkowej. (Les suppurations périrénales, anatomie pathologique, étiologie, symptomatologie etc.) — temat programowy Zjazdu... jak wyżej. V a s i l i u i T e p o s u.

Journ. d'Urologie XXXIV — N. 3, wrzesień 1932.

Rozróżnia się zapalenie luźnej tkanki łącznej przynerkowej — ropne i nieropne, analogicznie do zwykłej ropowicy w ogólnem tego słowa znaczeniu. Klinicznie biorąc, odróżnianie perinephritis purulenta od paranephritis purulenta jest niemożliwe.

Najczęściej tutaj spotykanym drobnoustrojem chorobotwórczym jest gronkowiec, ale poza tem widuje się: łańcuszkowca, dwoinki rzeżączki, prątka duru brzusznego, beztlenowce (jako drobnoustroje towarzyszące) i inne. W etjologji cierpienia grają również rolę stany zatrucia, urazy mechaniczne, zaburzenia odżywcze, połóg, czyraki, ochłodzenie ciała. Anatomopatologicznie ropień wypełnia całą otoczkę tłuszczową nerki, lub też umiejscawia się w jej biegunie górnym, dolnym, na powierzchni tylnej, przedniej.

Jeśli chodzi o ropnie przednie, to są to przeważnie cierpienia przerzutowe, umiejscowione, z początku przynajmniej, między tylną otrzewną ścienną a listkiem powięzi przednerkowej. Klinicznie trudno jest nieraz odróżnić je od schorzenia narządów wewnątrzotrzewnowych.

Ropnie, umiejscowione w pobliżu wnęki nerkowej, mogą przejść na stronę przeciwną, a powodując ucisk na miedniczkę, wywołują z jej strony odczyn zapalny i objawy bólowe kolki nerkowej.

Wiek chorych na zapalenie ropne tkanki przynerkowej waha się od 3 miesięcy do 68 lat, przeważa płeć męska (1:3), strona — prawa. Cierpienie jest naogół częste; należy o niem pamiętać zawsze, mając do czynienia z chorym, gorączkującym z przyczyny niewiadomej. Brak zmian chorobowych ze strony moczu nie wyłącza naturalnie możliwości ropnia przynerkowego. W leczeniu ważnem jest — obok możliwie szerokiego otwarcia jamy ropnia i dokładnego sączkowania — stosowanie szczepionek swoistych, zwłaszcza autoszczepionki, a poza tem — przemywanie jamy ropnia odpowiednim antivirusem, co przyśpiesza gojenie się rany i chroni przed nawrotem cierpienia.

Bóle o nieprawidłowem umiejscowieniu w przebiegu zapalenia pęcherza żółciowego. (Localisations trompeuses dans les cholecystalgies). P a r t u r i e r i F e l d s t e i n.

Le Journal Méd. Français N. 5, maj 1932.

Autorowie podają historje choroby kilku przypadków zapalenia pęcherza żółciowego, w których chorzy umiejscawiali bóle samoistne i wywołane przez lekarza, w sposób nietypowy, a mianowicie: w linji pośrodkowej nadbrzusza, bądź w punkcie paraumbilikalnym prawym, bądź w podbrzuszu, bądź wreszcie w okolicy lędźwiowej prawej; przy uciskaniu ręką powiększonego i dobrze wyczuwalnego pęcherza chory umiejscawia ból w jednej z wyżej wyliczonych odległych okolic.

Są to chorzy, cierpiący jednocześnie na opuszczenie trzew; a przyczyną niezwykłego umiejscowienia bólów jest nieprawidłowe położenie wątroby, zwłaszcza w pozycji stojącej względnie siedzącej. Dlatego też ułożenie poziome tego rodzaju chorych łagodzi w dużym stopniu i bóle, i towarzyszące bólom zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Wątroba u odnośnych osobników, przy zmianie pozycji leżącej na stojącą, nietylko przemieszcza się w całości ku dołowi, ale również skręca się wzdłuż osi poprzecznej (dno pęcherza zbliża się do powłok brzusznych, a oś podłużna pęcherza, która prawidłowo jest równoległa do kręgosłupa, zbliża się tutaj do kierunku poziomego), jak również skręca się wzdłuż osi strzałkowej tak, że jej prawa połowa niżej stoi od lewej. Pociąga to za sobą i odpowiednie zmiany w położeniu pęcherza, z czem związane jest nietypowe umiejscowienie bólów.

L e c z e n i e stanów powyższych wymaga z jednej strony uwzględnienia opadnięcia trzew, z drugiej zaś — zapalenia pęcherza żółciowego. Przeciwko opadnięciu trzew zaleca się noszenie specjalnie dostosowanego i opierającego się na kościach miednicy pasa ortopedycznego, zakładanego na podbrzusze. Przeciwko schorzeniu pęcherza i wątroby — specjalną djetę, wyłączającą tłuszcze (poza śmietanką), surowe owoce i pokarmy kwaśne — jako nasilające wydzielanie żółci i soku trzustkowego i wywołujące silne (i bolesne w tych razach) skurcze pęcherza żółciowego. Pokarmy wogóle należy przyjmować w małych porcjach, ale częściej. Z lekarstw podaje się pankreatynę i enterokinazę, względnie środki, zmniejszające nadmierną kwasotę żołądka (mleczan wapnia). Jako środek żółciopędny stosuje się preparaty rozmarynu, który nie powoduje silnych i przykrych dla chorego skurczów pęcherza.

Zapalenie pęcherza żółciowego — a zapalenie wyrostka robaczkowego. (Retentissement appendiculaire des cholécystites). P a r t u r i e r i F e l d s t e i n.

Le Journal Méd. Français N. 5, maj 1932.

W dużej, względnie, odsetce przypadków, operowanych z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego (podostrego lub przewlekłego), poprawa po operacji nie występuje, dolegliwości się utrzymują nadal i wówczas lekarz automatycznie kieruje swoją uwagę przedewszystkiem na pęcherz żółciowy. Pomijając już chorych, którzy cierpią jednocześnie i na zapalenie pęcherza i na zapalenie wyrostka — przyczem cierpieniem pierwotnem może być tak jedno, jak i drugie — przyczyną powyższego braku poprawy po operacji jest najczęściej błędne rozpoznanie zapalenia wyrostka tam, gdzie przyczyną dolegliwości jest zapalenie pęcherza żółciowego.

Dlatego też nie bez korzyści będzie uświadomić sobie dokładnie, jakie objawy kliniczne są wspólne dla obu wyżej wymienionych schorzeń, a jakie — różnią je.

O b j a w y w s p ó l n e: 1) charakter napadowy bólów i ich umiejscowienie w prawej połowie brzucha, 2) odruchowe zaburzenia żołądkowe (ruchowe, mdłości, wymioty), 3) zaparcia stolca(przyczem stosowanie środków przeczyszczających pogarsza to zaparcie, 4) zaostrzenie dolegliwości następuje po spożyciu pokarmów, 5) utrata na wadze, 6) stany podżółtaczkowe i żółtaczkowe.

O b j a w y r ó ż n i ą c e: 1) w zapaleniu wyrostka bóle samoistne i wywołane szerzą się zwykle do środkowej części nadbrzusza i ku dołowi — do pachwiny prawej i uda; okłady z lodu łagodzą te bóle, okłady gorące — zaostrzają (odwrotnie jest w zapaleniu pęcherza żółciowego, jeśli nie liczyć ropnego zapalenia); 2) objaw Jaworskiego i Rowsinga; 3) wynik prześwietlenia rentgenowskiego (przy zapaleniu wyrostka: długo trwający skurcz dolnego odcinka krętnicy z rozszerzeniem odcinka powyżej skurczu i zaleganiom w nim papki kontrastowej i stwierdzenie bolesności uciskowej w jednym punkcie na wewnętrznym brzegu kątnicy).

Dodać tu jeszcze należy, że przy nieprawidłowem umiejscowieniu wyrostka robaczkowego pod samą wątrobą i naskutek powstałych tutaj zmian zapalnych i zrostów pochodzenia w y r o s t k o w e g o może dojść do takiego zamienienia obrazu klinicznego, że tylko operacja — i to wykonana z cięcia dostatecznie dużego, żeby umożliwić obejrzenie całej prawej połowy brzucha — będzie w stanie rozstrzygnąć, czy mieliśmy do czynienia z zapaleniem wyrostka, czy też — pęcherza żółciowego.

Zachowawcze i operacyjne leczenie ropni płuc. (Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon) — temat programowy XXII Zjazdu Internistów Francuskich. S e r g e n t, K o u r i l s k y, B a u m-g a r t n e r i I s e l i n.

La Presse Méd. N. 85, październik 1932.

Pod nazwą r o p n i a p ł u c a rozumie się, ściśle biorąc, ograniczone zbiorowisko ropy, wypełniające jamę w miąższu płucnym, powstałe na drodze ostrego procesu zapalnego. Jednakże klinicznie, a nawet i anatomo-patologicznie trudno jest nieraz przeprowadzić ostrą granicę między ropniem w powyższem tego słowa znaczeniu, a cierpieniami pokrewnemi jak nawrotowa zgorzel przewlekła płuca lub ropiejąca rozstrzeń oskrzela.

Lekarz, decydując tutaj o wyborze tej czy innej metody leczniczej, powinien pamiętać o następujących przesłankach: dużej odsetce wyleczeń samoistnych i, jednocześnie, o istnieniu przypadków rzekomego wyleczenia, w których proces chorobowy tylko przycichł na pewien czas. W y l e c z e n i e s a m o i s t n e w y s t ę p u j e w 66% w s z y s t k i c h w ł a ś c i w y c h r o p n i p ł u c, a w 20% — ropni zgorzelinowych pierwotnie. O wyleczeniu można mówić z chwilą ustąpienia wszelkich objawów klinicznych i rentgenologicznych (poza blizną).

Wybór właściwego l e c z e n i a zależy od typu anatomo-klinicznego danego ropnia, od jego długotrwałości, rozległości, umiejscowienia (bliżej powierzchni płuca, bliżej wnęki) i towarzyszących mu powikłań (zapalenia opłucnej). Leczenie każdego ropnia płuca jest z początku w e w n ę t r z n e (seroterapja, bakterjoterapja, chemjoterapja, odma piersiowa, opróżnianie ropnia na drodze bronchoskopji lub odpowiedniego ułożenia chorego). Dopiero kiedy leczenie to, prowadzone w ciągu 4—6 tygodni, nie daje oczekiwanych wyników, należy się uciec do z a b i e g u o p e r a c y j n e g o. Do operacji nie należy kwalifikować odnośnych chorych ani zbyt wcześnie (duża liczba ropni wygaja się samoistnie), ani tembardziej zbyt

późno, kiedy stan ogólny chorego znacznie podupadnie. Za termin prekluzyjny czekania z operacją uważa się 2 miesiące od chwili zachorowania.

Operacja polega bądź to na nacięciu płuca (pneumotomia), bądź wycięciu ogniska ropnego w zdrowych tkankach (pneumectomia), bądź też na wycięciu całego zrazu (lobectomia). Koniecznem jest dokładne ustalenie przed operacją umiejscowienia ropnia zapomocą szeregu zdjęć rentgenowskich. Próbne nakłucia przed operacją są niewskazane. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowem, w pozycji siedzącej chorego. Tkankę płucną przecina się wyłącznie żegadłem lub nożem elektrycznym. Nacięcie płuca wykonywa się w przypadkach ropni dobrze ograniczonych, wycięcie ogniska w zdrowych tkankach — w pozostałych; ten ostatni zabieg daje koło 20% śmiertelności. Wycięcie zrazu płuca (lobectomia) stosuje się — ze względu na dużą śmiertelność pooperacyjną — naogół rzadko. W przypadkach powikłania ropnia płuca zapaleniem opłucnej należy się zająć najpierw tem ostatniem (sączkowanie uszczelnione).

W pewnej liczbie przypadków ropnie płuc — zagojone samoistnie lub też operacyjnie — pozostawiają pewne zmiany w płucach, wymagające następowego leczenia. Są to: zbliznowacenie płuca z rozstrzenią oskrzeli, przetoki oskrzelowe i niegojące się, o sztywnych ścianach jamy w płucu lub opłucnej. Owe pozostałości po ropniach leczy się zabiegami, mającemi na celu wywołanie spadnięcia się płuca, jako to: wyrwanie nerwu przeponowego, uwolnienie ze zrostów wierzchołka płucnego (apicolysis) i różnego rodzaju torakoplastyk.

Nieswoiste zapalenie szczęki górnej. (Ostéites non spécifiques du maxillaire supérieure) — temat programowy VII Zjazdu Stomatologów Francuskich. Cadenat i Vilenski.
La Presse Méd. N. 89, listopad 1932.

Autorowie omawiają tutaj wszelkie zapalenia szczęki górnej — poza gruźlicą, kiłą, grzybicami i schorzeniami pourazowemi. Zapalenie to różni się znacznie w swym przebiegu klinicznym i anatomo-patologicznie od zapalenia żuchwy, co jest uwarunkowane przez różnicę budowy anatomicznej, struktury wewnętrznej i topografji tych kości. Naogół, zapalenia szczęki górnej przebiegają znacznie łagodniej od zapaleń żuchwy.

Źródłem zakażenia szczęki mogą być: 1) ognisko odległe (zakażenie krwiopochodne), 2) zmieniony próchnicowo ząb (zgorzel miazgi zębowej, monarthritis apicalis) i 3) narządy sąsiadujące ze szczęką (kanały łzowe, oczodół, zatoki kostne, jama nosa). Zakażenie krwiopochodne szczęki, jako jeden z objawów zakażenia ogólnego, występuje prawie wyłącznie w pierwszym roku życia, przebiega bardzo ostro — dając przetoki ropne zewnętrzne, zębodołowe i nosowe, i w 33% doprowadza do zejścia śmiertelnego.

U dorosłych zapalenie szczęki bywa w olbrzymiej większości pochodzenia zębowego. Rozróżniamy tu: a) postać ostrą uogólnioną (przetoko ropne zewnętrzne, do przedsionka ust, do nosa, ropniak zatoki Highmora) — która może być powikłana zapaleniem zakrzepowem żył, ropnicą, zapaleniem oczodołu, gałki ocznej; b) postać ostrą, ograniczoną do tylnej części szczęki parasinusitis — z zajęciem zatoki) lub przedniej (ropowicowe zapalenie okostnej i kości wyrostka zębodołowego) i c) postać podostrą względnie przewlekłą, ograniczoną do jednego zębodołu i jego najbliższego otoczenia. Siekacz przyśrodkowy daje zwykle przetokę do przedsionka ust, rzadziej — nosa; siekacz boczny — do przedsionka ust, nosa, na podniebieniu lub skórze obok skrzydełka nosa; kieł — daje przetokę, otwierającą się na skórze u wewnętrznego kąta oczodołu; przedtrzonowce i trzonowce mogą być przyczyną powstania ropniaka zatoki Highmora i przetok, otwierających się do przedsionka ust i na podniebieniu; ząb mądrości czasami daje ropowicowe zapalenie kości w zakresie dołu pozaszczękowego (fossa pterygomaxillaris).

Pod względem bakterjologicznym, najrozmaitsze rodzaje drobnoustrojów ropotwórczych (tlenowców i beztlenowców) spotyka się tutaj w ogniskach chorobowych oddzielnie i w różnych połączeniach.

Leczenie powyższych zapaleń szczęki winno być skierowane przedewszystkiem przeciwko choremu zębowi (wyrwanie zęba, sączkowanie przez zębodół), a następnie przeciwko powikłaniom w postaci ropniaka zatoki, schorzenia dna oczodołu i t. p. Leczeniem tem powinien kierować zasadniczo stomatolog.

Grzybice szyi i twarzy. (Les mycoses cervico-faciales) — temat programowy VII Zjazdu Stomatologów Francuskich. Dechaume.
La Presse Méd. N. 89, listopad 1932.

Autor pomija w swych rozważaniach grzybice naskórka i włosów, jak również grzybice uszu, oczu, nosa, gardła i krtani; omawia zaś, głównie — promienicę (actinomycosis) i sporotrichosis.

I. Promienica charakteryzuje się powstawaniem przewlekłych ognisk zapalnych, o przebiegu klinicznym bardzo różnorodnym, i tworów guzowatych. O rozpoznaniu decyduje wykazanie w ognisku chorobowem obecności jednego z następujących grzybków: cohnistreptothrix israeli, actinomyces i actinobacillus. Do najczęściej spotykanych należy cohnistreptothrix israeli, który przebywa stale jako saprofit w jamie ustnej, a przenika w głąb tkanek poprzez jamę próchnicową zęba lub ubytek w śluzówce. Grzybek w tkankach znajduje się pod postacią ziaren lub nici.

Schorzenie to zdarza się znacznie częściej, niż się rozpoznaje. Klinicznie rozróżniamy: 1) promienicę przyszczękową — obejmującą okolicę skroniową, policzkową, dziąsła, szyję (zaczyna się od banalnego ropnia przyzębowego, w dalszym przebiegu powstają liczne ropnie i przetoki zewnętrzne; zakażenie wtórne sprzyja zniszczeniu kości; brak jest tendencji do samoistnego gojenia się; bardzo rzadko zdarza się rozsianie się grzybka języka na drodze krwionośnej); 2) promienicę dziąseł — tworzy ona przewlekłe owrzodzenia w pobliżu siekaczy dolnych; 3) promienicę warg — twarde guzki o niezbyt ostrych granicach; 4) promienicę języka — guzki w przedniej jego części, ulegające z czasem wtórnemu owrzodzeniu, które może się samoistnie wygoić; 5) promienicę ślinianek — bardzo rzadka jako taka, ale jest tłem, na którem powstają wszelkie guzy zapalne i kamica ślinianek; 6) promienicę szczęk — o postaci obwodowej i ośrodkowej (z martwakami); 7) promienicę migdałków podniebiennych i skóry — bardzo rzadkie.

Wykrycie grzybka w ogniskach chorobowych jest naogół trudne; konieczne jest robienie posiewów na pożywkach dla tlenowców i beztlenowców. Różniczkować należy zawsze z banalnem zapaleniem tkanek przykostnych pochodzenia zębowego.

Leczenie powinno się zawsze zaczynać od przeglądu jamy ustnej i ewentualnego przyprowadzenia do porządku zębów. Poza tem — jod do wewnątrz. Dobre wyniki daje naświetlanie ognisk promieniczych promieniami Roentgena. Zabiegi operacyjne do celu nie prowadzą.

II. Sporotrichosis jest wywołana przez sporotrichum Beurnmanni, występuje u ludzi i zwierząt pod następującemi 2 postaciami klinicznemi: a) skórną — w postaci guzków, rozsianych po całem ciele, lub umiejscowionych w danej okolicy, i b) ustnogardlaną — o ciężkim przebiegu klinicznym (guzy, wyrośla).

Do pokrewnych grzybic, ale bardzo rzadkich, należy aspergillosis (płuca) i hemisporosis.

Chirurgiczno - ortopedyczne leczenie „garbów". (Thérapeutique orthopédique et chirurgicale des gibbosités). Trèves i Vidal-Naguet.
Le Journal Méd. Français N. 6, czerwiec 1932.

Pod względem etiologicznym rozróżniamy dwie zasadnicze grupy garbów: garby, będące następstwem gruźlicy kręgów, i garby wskutek skrzywienia bocznego kręgosłupa (krzywica, następstwa porażeń dziecięcych pozostałość po ropniaku opłucnej, przebytego w wieku dziecięcym, następstwa zaburzeń rozwojowych kręgosłupa i inne). O ile leczenie zapobiegawcze powyższych zniekształceń ma duże widoki powodzenia, o tyle leczenie już ustalonych garbów widoków tych ma niewiele. Jak widać z powyższego, cały punkt ciężkości sprawy powyższej i cała uwaga lekarza winna być skierowana w kierunku zapobiegania.

I. Garby pochodzenia gruźliczego. Duża różnica istnieje co do przebiegu klinicznego i rokowania między gruźlicą kręgów w wieku dziecięcym i dorosłym. U dzieci cierpienie to trwa przeciętnie 3 lata, po których z reguły następuje wyleczenie. U dorosłych choroba ciągnie się latami, z ciągłemi wahaniami w jedną i drugą stronę, i, naogół, słabą wykazuje tendencję do trwałego wygojenia się.

Żeby zapobiec wytworzeniu się garbu u dziecka, trzyma się je przez 3 lata w łóżeczku gipsowem, względnie przyrządzie zastępczym. Wadami łóżeczka gipsowego są: niebezpieczeństwo odleżyn, zaniki mięśniowe, wskutek znacznego ograniczenia ruchów klatki piersiowej i brak kontroli ogniska miejscowego (np. ropnie opadowe). Zważywszy do tego, że rola łóżeczka polega tu nie tyle na unieruchomieniu całkowitem kręgosłupa, co na odciążeniu chorego kręgu przez ułożenie poziome ciała, obecnie wogóle łóżeczko gipsowe w gruźlicy kręgosłupa uważa się za przeżytek i zastępuje się je ułożeniem chorego na równym materacu z podłożeniem wałka pod okolicę chorą. Jedynie tylko w gruźlicy szyjnej części kręgosłupa niepodobna jest obyć się bez opatrunku gipsowego (do chodzenia). Jeśli mamy do czynienia z dzieckiem w II lub III roku od początku choroby, z garbem już wytworzonym, to możemy tylko powstrzymać dalszy jego rozwój; zniekształcenie zaznaczone usunąć już nie daje się żadnym sposobem.

Chory dorosły z gruźlicą kręgów, jeśli nie chce być skazany na długoletnie noszenie gorsetu gipsowego, powinien się poddać operacji usztywnienia kręgosłupa według Albee'ego, która daje wyniki bardzo dobre. Jednakże należy pamiętać o tem, żeby kwalifikować do niej jedynie takich chorych, którzy już ukończyli okres destrukcyjny swego cierpienia i znajdują się w okresie procesów regeneracyjnych, wytwórczych.

II. Garby, będące następstwem skrzywień bocznych (scoliosis) kręgosłupa. Leczenie ortopedyczne i chirurgiczne tych przypadków jest o wiele bardziej skomplikowane, niż w poprzedniej grupie. Rozróżniamy tu 3 stopnie skrzywienia: 1) zniekształcenie znika przy pochyleniu się chorego do przodu, 2) zniekształcenie, utrzymujące się przy pochyleniu do przodu, znika tylko przy pewnych ruchach ciała, 3) zniekształcenie jest stałe, utrwalone nierzadko przez zrosty między poszczególnemi kręgami (mostki kostne).

W przypadkach pierwszego stopnia wystarcza zastosowanie odpowiedniej gimnastyki leczniczej. W przypadkach drugiego stopnia — o ile nie pomaga gimnastyka i miesienie mięśni grzbietu, należy się uciec do noszenia gorsetu ortopedycznego. W przypadkach III stopnia — długotrwałe stosowanie gimnastyki i gorsetu ortopedycznego, w braku wyników — leczenie operacyjne (wycinanie kawałków odnośnych żeber), jednak operacja tutaj (w przeciwieństwie do operacji Albee'ego w gruźlicy kręgów) daje stosunkowo dużą śmiertelność.

Co się tyczy garbów w przebiegu choroby Kümmel-Verneuil, to leczą się one bardzo dobrze noszeniem w ciągu 6 — 12 miesięcy gorsetu ortopedycznego. Operacja jest tutaj przeważnie zbędną.

Leczenie róży. (Les traitements de l'érysipèle — revue critique). Schachter.
Paris Méd. N. 38, wrzesień 1932.

Na wstępie zaznaczyć należy, że istnieje duża rozbieżność zdań co do rokowania w przypadkach róży; jedni uważają ją za cierpienie wybitnie dobrotliwe, które bez względu na rodzaj leczenia i nawet wogóle bez leczenia doprowadza z reguły do wyzdrowienia, inni zaś — uznają różę za chorobę poważną i groźną nieraz dla życia. W rzeczywistości rokowanie waha się tutaj w dużych granicach zależnie od wieku chorego. W pierwszym roku życia śmiertelność wynosi prawie 100%, w II i III roku — 70%. U dorosłych śmiertelność ta spada do 8 — 9%, ale w wieku późnym znowuż wzrasta, i to znacznie. Róża w wieku dziecięcym cechuje się dużą tendencją do wędrowania po całej powierzchni ciała w szybkiem tempie i znacznem zakłóceniem stanu ogólnego, w wieku zaś starczym — upośledzeniem czynności serca i częstem występowaniem zapalenia płuc. Pamiętać o tem należy w czasie leczenia tego rodzaju chorych.

Leczenie róży ma do dyspozycji tyle różnych środków i metod leczniczych, że już sama ta mnogość budzi zasadniczą nieufność ze strony wielu lekarzy i skłania ich do odrzucenia wszystkich a limine. Jest to niesłuszne o tyle, że między proponowanemi środkami niektóre posiadają

rzeczywiście dużą wartość — skracają znacznie przebieg choroby i zmniejszają jej śmiertelność; należą tu między innemi: podawanie surowicy przeciwpaciorkowcowej i naświetlanie promieniami pozafiołkowemi i promieniami Roentgena.

Rozróżniamy leczenie miejscowe róży (farmakologiczne, mechaniczne, fizykalne i biologiczne) i ogólne.

Z miejscowych środków farmakologicznych największem wzięciem się cieszą: okłady z 60% alkoholu, z wody Burowa, smarowanie jodyną z gwajakolem, roztworem ichtjolu, chinozolu, sublimatu, dwuwęglanu sodu.

Z miejscowych środków mechanicznych: smarowanie kollodjum na granicy ogniska zapalnego i okrężny ucisk na skórę (kończyn) zapomocą pasów przylepca powyżej ogniska.

Środki fizykalne: naświetlanie promieniami Roentgena, pozafiołkowemi, (zwłaszcza róża twarzy i owłosionej części głowy) i pozaczerwonemi.

Środki biologiczne: surowica swoista, szczepionki i proteinoterapja (mleko, omnadina, yatren-kazeina, autohemoterapja). Autorowie amerykańscy podkreślają w swych statystykach dodatnie działanie surowicy swoistej (obniżenie śmiertelności z 8% na 4% i skrócenie przebiegu choroby przeszło o połowę). Ważnem jest bardzo, żeby zacząć wstrzykiwanie surowicy jak najwcześniej, najpóźniej IV dnia choroby i odrazu w dawkach dużych (2—3 razy po 25 cm^3). Można użyć do tego i surowicy przeciwpłoniczej.

Leczenie ogólne polega na stosowaniu przeważnie środków objawowych i jako takie nie wymaga specjalnego omówienia.

Leczenie róży u dzieci małych nie różni się niczem zasadniczem od leczenia tejże u dorosłych; szczególnie dobre wyniki otrzymywano po naświetlaniach promieniami pozafiołkowemi i po stosowaniu surowicy.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Obrzęk śluzowaty skóry. (Le myxoedème tubereux). Olga Eliascheff.

Revue franç. de Dermatol. et de Vénéréol. 1932, N. 6.

Istnieje rzadka odmiana śluzowatego obrzęku skóry w postaci guzów lub ograniczonych wyniosłości (myxoedema tuberosum atypicum). Charakteryzuje ją znamienny obraz kliniczny i zmiany histologiczne, polegające zawsze na zwyrodnieniu śluzowatem skóry. W tej odmianie spotykamy się z grudkami i guzkami na twarzy zwłaszcza na powiekach, na karku, mosznie i w otoczeniu odbytu. Wyniosłości te są wyraźnie ograniczone, ruchome na podstawie, spoistości twardej, elastycznej, pokryte naskórkiem nie wykazującym klinicznie żadnych zmian. Równocześnie istnieje rozlane zgrubienie grzbietowych powierzchni rąk i przedramion. Początek choroby bywa rozmaity, niekiedy nagły, najczęściej jednak powolny i pierwszymi objawami, które się dają zauważyć są ogólne — a mianowicie: zaburzenia w odżywianiu i nerwowe. Chorzy tacy są jakby senni, powolni, łatwo męczą się, są bojaźliwi, ustawicznie skarżą się na uczucie zimna, pocenie. Niekiedy spostrzega się wytrzeszcz, powiększenie tarczycy, obniżenie czucia, prawie zawsze obniżenie podstawowej przemiany materji.

Pochodzenie mucyny w skórze właściwej nie jest dostatecznie wyjaśnione.

Wszyscy uzależniają to zjawisko od dysfunkcji tarczycy, którą zawsze można w tych przypadkach stwierdzić i która, zdaniem prawie wszystkich autorów, jest istotną przyczyną śluzowatego obrzęku skóry. Leczenie polega na podawaniu tarczycy, która podana w odpowiednich dawkach — zawsze sprowadza poprawę. Autor poleca podawać ją doustnie.

Kiłowe ubytki paznokci. (L'Érosion ponctuée syphilitique des ongles). G. Milian.

Revue franç. de Dermatol. et de Vénéréol. 1932, N. 6.

Małe wielkości główki szpilki lub mniejsze wgłębienia na powierzchni paznokci spotyka się w przebiegu różnych chorób skórnych, jak łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego a także i kiły.

Szereg cech wyróżnia, zdaniem autora, kiłowe ubytki paznokci od innych — a mianowicie: u kiłowych liczba ich jest mniejsza, są nieliczne, są nieco głębsze, a kształt ich może być podłużny, długą osią zwrócony w kierunku wzrostu paznokcia. Ułożenie ich bywa linijne, jakby paznokieć pewien okres czasu rósł normalnie prawidłowo, następnie równocześnie wytwarzał kilka na jednej linji leżących ubytków. Te zmiany paznokci, zdaniem autora, dla kiły znamienne, mają duże znaczenie rozpoznawcze w wykrywaniu kiły utajonej, zwłaszcza séro-ujemnej, wskazują zawsze na obecność kiły czynnej. Argumentem najważniejszym, przemawiającym za ich kiłowem pochodzeniem — jest zmniejszanie się ilości ubytków po leczeniu specyficznem. Autor podaje opis przypadku, w którym pod wpływem leczenia „muthanolem", jodkiem potasu i pochodnemi rtęci — stopniowo ilość ubytków paznokcia z kilkudziesięciu na obydwu rękach — zmniejszyła się do kilku wielkości ukłucia szpilką.

Wielopostaciowy rumień obrzękowy w przebiegu leczenia sulfarsenolem. (Erythême polymorphe oedémateux au cours du traitement par le sulfarsénol). G. Milian.

Revue franç. de Dermatol. et de Vénéréol. 1932, N. 6.

U 24-letniej kobiety, nazajutrz po dziewiątym domięśniowym zastrzyku sulfarsenolu, z których wszystkie znosiła bardzo dobrze, wystąpiły początkowo na przedramionach nieznaczne obrzękłe rumienie a w ich środku drobne pęcherzyki. Objawy nasilały się, tworząc duże obrzękłe rumieniowate pola, zlewające się ze sobą, sączące. Wykwity zajmowały głównie kończyny górne i dolne, na tułowiu były mniejsze, mniej liczne. Ciepłota była nieznacznie podniesiona, stan ogólny dobry.

Autor nie jest w stanie wyjaśnić przyczyny powstania tych rumieni. Jego rozpoznanie waha się pomiędzy osutką biotropiczną a odmianą obrzęku Quincke'go.

Leczenie choroby Nicolas-Favre'a pochodnemi antymonu. (Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'antimoine). A. Sézary et J. Lenègre.

Bullet. de la Société Franç. de Dermatol. et de Syphiligr. N. 7, 1932.

W 10-ciu przypadkach, w których rozpoznanie potwierdzone było dodatnim odczynem Frei'a — stosowano dożylnie sole antymonu („Stibyal") w dawkach 0.01 do 0.08, w ilości 10 — 15 wstrzyknień 2 lub 3 razy tygodniowo.

W 6-ciu przypadkach uzyskano wyleczenie po 5-ciu tygodniach, 2 razy po 2-ch miesiącach, 2 razy leczenie było bezskuteczne.

Niestałość wyników, przebieg kliniczny zmian i możliwość nawrotów, które się zdarzają, wskazują, zdaniem autora, na to, że lek powyższy nie jest dla choroby Nicolas-Favre'a specyficznym a zmienia tylko humoralne warunki podłoża, na którem schorzenie rozwija się. Niepożądane następstwa po wstrzyknięciu są częste ale nie groźne. Wczesne — bezpośrednio już po pierwszych zastrzykach polegają na silnych atakach kaszlu, pobudzających niekiedy chorego do wymiotów, dlatego też wstrzyknięcie należy wykonywać na czczo. Późne — po 7-ym lub 8-ym wstrzyknięciu, występujące następnego dnia, zjawiają się w postaci tępych bólów mięśni grzbietu i kończyn.

Krótkotrwałe owrzodzenia pierwotne a kiła bez owrzodzeń. (Chancre fugace et syphilis dite sans chancre). H i s s a r d et B é n a r d.

Bullet. de la Société Franç. de Dermatol. et de Syphiligr. N. 7, 1932.

Autor nie zaprzecza istnienia kiły bez owrzodzenia pierwotnego. Istnieje jednak, jego zdaniem, możliwość przeoczenia pierwotnego objawu, który niezawsze się rozwija według zwykłego typu klinicznego i opisuje przypadek, w którym u 19-letniego mężczyzny powstała dwanaście dni po stosunku płciowym mała i bardzo powierzchowna nadżerka specyficzna z zawartością krętków bladych. Nadżerka ta zagoiła się po 4-ch dniach bez jakiegokolwiek leczenia. W pachwinach gruczoły chłonne były cokolwiek powiększone i bardzo znacznie powiększona była śledziona.

Z tego spostrzeżenia wyciąga autor praktyczny wniosek — konieczność badania podejrzanych o zakażenie kiłowe codziennie.

Z. Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

M. Dechaume. Haute fréquence en stomatologie. Masson et Cie. 122 str. Cena 20 fr. fr.

Elektryczność w postaci prądów częstozmiennych święci obecnie w medycynie coraz to większe tryumfy, czy to w postaci diatermji, czy też elektrokoagulacji, fulguryzacji i t. p. Autor w krótkim zarysie podaje nowe sposoby zastosowania tych metod bądź w celach leczniczych, bądź w zastosowaniu do operacji stomatologicznych. Stomatologja jest przez autora ujęta dość szeroko, nie tylko więc schorzenia zębów, ale i sprawy jamy ust, języka, policzków są również uwzględnione. Dla orjentacji stomatologów w dziedzinie zastosowania prądów wysokoczęstotliwych jest dziełko to szczególnie polecenia godne.

H. Roger. Troubles de sommeil. Masson et Cie. 260 str. Cena 20 fr. fr.

Dziełko to powinno znaleźć się w ręku każdego lekarza. Kto bowiem nie ma do czynienia częściej czy rzadziej z zaburzeniami snu u swych pacjentów? Mamy tu zwięźle streszczone poglądy na istotę snu prawidłowego, następnie przedstawienie rozmaitych typów bezsenności, wreszcie podstawy leczenia tych stanów. Może jeszcze ciekawszy jest dział traktujący o nad-

senności i postępowaniu w tych przypadkach.

P. N. Deschamps. Electrocardiologie clinique. Masson et Cie. 192 str. Cena 30 fr. fr.

Jak i inne wydawnictwa tej kategorji znanej firmy Masson, książeczka ta daje na niespełna 200 stronicach wszystko co dla orjentacji w sprawie elektrokardjografji posiada znaczenie.

H. Schaeffer i E. Biancani. Les agents physiques dans le traitement des maladies nerveuses. Masson et Cie. str. 187. Cena 20 fr. fr.

Niewątpliwie najwdzięczniejsze i najobszerniejsze pole działania napotyka przyrodolecznictwo w zakresie chorób nerwowych. Dziełko *Schaeffera* i *Biancani* przeznaczone dla lekarza praktyka a nie specjalisty neurologa podaje schorzenia nerwowe, w których zabiegi przyrodolecznicze mogą być z pożytkiem stosowane. W kilku zdaniach przedstawiony jest obraz kliniczny schorzenia, a następnie leczenie przyrodolecznicze. Wreszcie uwzględniona jest również rola elektrodiagnostyki cierpień nerwowych.

C. Lian. L'angine de poitrine. Masson et Cie. 430 str. Cena 55 fr. fr.

Duża monografja poświęcona dusznicy bolesnej i skojarzonym z nią zespołom pióra wytrawnego znawcy przedmiotu *C. Liana* i szeregu współpracowników zainteresuje niewątpliwie nietylko kardjologów lecz i szersze koła lekarzy. Zasługuje ona na to bezsprzecznie, albowiem nie rozwlekając zbytnio udało się autorom zjednoczyć wszystko, co w tej dziedzinie zasługuje na uwagę. Szczególnie ciekawe i cenne są rozdziały o pokrewnych lub podobnych do dusznicy bolesnej stanach.

A. Clerc. Problemes actuels de pathologie medicale. Masson et Cie. 340 str. Cena 40 fr. fr.

W roku zeszłym *Clerc* wydał po raz pierwszy podobny zbiór wykładów; wydanie to zostało też omówione na łamach „Wiedzy". Zachęcony powodzeniem tego zbioru obecnie ogłosił tom drugi zawierający również wykłady kursu dokształcającego na rozmaite tematy medycyny wewnętrznej. Zadaleko zaprowadziłoby wyliczanie wszystkich poruszonych zagadnień, z najciekawszych przytoczymy: gościec gruźliczy, poglądy współczesne na zapalenie nerek, hypoglykemje, badanie czynnościowe wątroby, zachowanie się obrazu krwi u radjologów etc.

P. Lecene. Les diagnostics anatomo-cliniques. Masson et Cie 389 str. Cena 80 fr. fr.

Pierwszy tom tego pośmiertnego zbioru prac *P. Lecene* omówiliśmy w roku zeszłym. Obecnie ukazał się drugi poświęcony schorzeniom narządów rodnych kobiety. Zalety wyliczone przy omawianiu tomu pierwszego powtarzają się i tu w całej pełni. Duża liczba dobrych i oryginalnych rysunków podnosi wartość tej niepowszedniej książki bardzo wybitnie.

G. Albot. Hepatites et cirrhoses. Masson et Cie. 248 str. Cena 34 fr. fr.

Monografja bardzo cenna (choćby ze względu na obfite piśmiennictwo) dla każdego, specjalnie pracującego w dziedzinie powyższej — dla lekarza praktyka mniej odpowiednia, albowiem nastawiona jest wyłącznie teoretycznie, a poglądy autora, chociaż ciekawe niezaprzeczenie, jednak nie są jeszcze ogólnie przyjęte.

F. Rathery. Les regimes chlorures et dechlorures. Bailliere et Fils. 62 str. Cena 8 fr. fr.

Broszurka zasługująca na przeczytanie; pomimo swej małej objętości daje ona bowiem podstawowe zasady stosowania diety bezsolnej lub solnej wraz z wykazami pokarmów odpowiednich. Podkreślenie zbyt częstego schematycznego a wskutek tego szkodliwego ordynowania diety bezsolnej szczególnie zasługuje na uwagę.

P. Gillet. La sympathicotherapie. G. Doin et Cie. 222 str. Cena 22 fr. fr.

Układ współczulny ciągle jest jeszcze tematem „modnym". Jednakże książka niniejsza wbrew pierwszemu wrażeniu nie zajmuje się całokształtem tego układu. Autorowi chodzi o co innego, o rozpowszechnienie swej metody leczniczej, polegającej na zadziałaniu drogą dotyku na zakończenia nerwów współczulnych w śluzówce nosa, ust i rzadziej odbytu, wywołanie tą drogą „odruchu współczulnego" i uzyskania przywrócenia równowagi układu współczulnego, a co za tem idzie wyzdrowienia i wyleczenia rozmaitych spraw natury nerwowej a nawet i ogólnej (choroby stawowe, dusznica bolesna i t. p.).

La pratique medicale illustrée. L. Langeron. Les troubles vaso-moteurs des extre-

mités. G. Doin. et Cie. 70 str. Cena 18 fr. fr.

Niejednokrotnie mieliśmy możność omawiania świetnych, małych, lecz wyczerpujących broszurek tego zbioru. *Langeron*, autor już dawniej w tym samym zbiorze wydanego dziełka o obliteracji tętniczej kończyn obecnie zajmuje się inną kategorją zaburzeń krążeniowych kończyn, mianowicie zaburzeń na tle wegetatywnem. Choroba Raynaud, Cassirera i inne są uwzględnione, różniczkowanie i leczenie omówione dokładnie.

G. Mouriquand et M. Bernheim. Hypertrophie du thymus et etats thymo-lymphatique Doin et Cie. 50 str. Cena 20 fr. fr.

C. Daniel La tuberculose genitale de la femme. Doin et Cie. 76 str. Cena 22 fr. fr.

P. Vallery - Radot. F. Claude. L'asthme bronchique. Doin et Cie. 54 str. Cena 16 fr. fr.

Każdy z tych trzech tomików zgodnie z założeniem pierwotnem wydawnictwa „*La pratique medicale illustrée*" stanowi niewielką ale wystarczająco szczegółową dla lekarza praktyka monografję, illustrującą współczesny stan wiedzy w danym zakresie i kładącą świadomie nacisk na sprawy praktyka szczególniej obchodzące t. j. rozpoznawanie, lecznictwo i rokowanie.

P. Lamarque. Precis de Radiodiagnostic. G. Doin et Cie. 750 str. Cena 125 fr. fr.

Na dzieło powyższe pragnęlibyśmy zwrócić szczególną uwagę Kolegów. Radiodiagnostyka stała się już dawno nieodzowną częścią naszych badań klinicznych. Jednak ocena otrzymanych czy to drogą zdjęć, czy prześwietlenia obrazów nastręcza niekiedy trudności, zwłaszcza jeżeli chodzi o dziedzinę, w której ani radjolog ani lekarz ordynujący nie mają większego doświadczenia. Nieodzownym pomocnikiem w takiej chwili jest atlas rentgenologiczny, otóż niestety wydawnictwa te są z natury rzeczy kosztowne i niewielu może sobie pozwolić na nabycie takiego atlasu. W książce *Lamarque'a* otrzymujemy za bardzo przystępną cenę coś, co niewątpliwie może znacznie ułatwić zaznajomienie się z danemi kliszy rentgenologicznej. Rysunki w tej książce są może mniejsze niż w innych atlasach lecz bardzo dokładne i przejrzyste, tekst bez zarzutu, tak że całość można gorąco polecić początkującym rentgenologom, oraz wszystkim stykającym się częściej z radiodiagnostyką.

A. Galewski. Dietetyka. Warszawa 1933 r. 73 str. Cena 5 zł.

Bardzo potrzebna i pożyteczna książka jednocząca w sobie krótki wykład dietetyki wraz z przepisami przyrządzania potraw. Ukazanie się tej książki ułatwi niejednokrotnie należyte pokierowanie odżywianiem chorego wielu kolegom.

KRONIKA

POLSKI ZWIĄZEK PRZECIWGRUŹLICZY.

Komunikat.

Dnia 4-go grudnia r. ub. (w niedzielę) odbyło się w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, na które przybyło 55 delegatów, reprezentujących 144 Tow. Przeciwgruźliczych z całego kraju, oraz Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych i Zarząd Związku.

Przewodniczył obradom Doc. Dr. Wilhelm Czarnocki, Komisarz Og. Państw. Związku Kas Chorych.

Zastępcą przewodniczącego był p. Franciszek Karpiński, Prezes Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Sekretarzem Dr. Stanisław Stypułkowski, Sekretarz Warszawskiego Tow. Przeciwgruźliczego.

Sprawozdanie z działalności Związku zreferował Wiceprezes Związku Dr. Czesław Wroczyński, Naczelnik Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Mag. m. st. Warszawy.

Przyjęto sprawozdanie rzeczowe i rachunkowe Związku, oraz wniosek Komisji Rewizyjnej, udzielono Zarządowi absolutorjum.

Po wyczerpującej dyskusji, w której zaznaczyło się żywe zainteresowanie przedstawicieli Towarzystw, terytorjalnych rozwojem akcji przeciwgruźliczej, przyjęto zreferowany przez Dyrektora Związku Dr. Miłosza Grodeckiego, preliminarz budżetowy i plan działalności na rok przyszły.

Wobec rezygnacji ze stanowiska Prezesa i członka Zarządu Związku b. Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych Dr. Dr. E. Piestrzyńskiego, obecnego Wiceministra Opieki Społecznej, Walne zebranie wyraziło ustępującemu Prezesowi gorące podziękowanie za wieloletnią pracę dla Związku, oraz postanowiło jednogłośnie ofiarować Dr. Piestrzyńskiego godność Członka Honorowego.

Wobec znacznie rozszerzonego zakresu pracy czekającego P. Z. P. z powodu zbliżającego się terminu Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, mającego się odbyć w Warszawie w r. 1934, Walne Zebranie postanowiło zmienić § 22 Statutu Związku, powiększając liczbę członków Zarządu z 12 na 15 osób.

Walne zebranie przyjęło do wiadomości złożenie mandatów przez dotychczasowy Zarząd.

W wyniku wyborów do nowego Zarządu weszli pp.:

Jako członkowie Zarządu: Dr. Adamski Jan, Dr. Borzęcki Tadeusz, Dr. Brodowicz Zygmunt, Dr. Chodźko Witold, Dr. Dąbrowski Kazimierz, Prof. Dr. Janiszewski Tomasz, p. Franciszek Karpiński, Dr. Kłuszyński Henryk, Prof. Dr. Latkowski Józef, Prof. Dr. Orłowski Witold, Dr. Orzechowski Konrad, Prof. Dr. Rudzki Stefan, Dr. Roszkowski Marjan, Dr. Węgrzynowski Lesław, Dr. Wroczyński Czesław.

Jako zastępcy członków Zarządu: Dr. Borowski Antoni, Dr. Danielski Jan, Dyr. Krzyżanowski Jan, Dr. Lewin Gerszun, Dr. Martyszewski Paweł, Dr. Zmigród Bolesław.

Jako członkowie Komisji Rewizyjnej: Dr. Szulc Tadeusz, Dr. Szczepański Zdzisław, Prof. Dr. Władyczko Stanisław.

Jako zastępcy członków Komisji Rewizyjnej: Dr. Lewitt Józef, Dr. Majewski Wacław, Dr. Rudkowski Stanisław.

W końcu Walne Zebranie wyraziło ustępującemu Zarządowi, oraz Dyrekcji i Biuru Związku serdeczne podziękowanie za owocną i ofiarną pracę.

POLSKI ZWIĄZEK PRZECIWGRUŹLICZY.

Komunikat.

W dniu 8 grudnia r. ub. odbyło się zwołane przez Polski Zwiezek Przeciwgruźliczy zebranie informacyjne w sprawie utworzenia w Zakopanem Instytutu dla badań gruźlicy i klimatu.

Na posiedzenie przybyło 23 przedstawicieli Rządu, Samorządu, Instytucyj ubezpieczeniowych i społecznych, zainteresowanych w walce z gruźlicą, z p. Dyrektorem Departamentu Służby Zdrowia Dr. Janem Adamskim, naczelnikiem Wydziału Zdrowia Mag. m. st. Warszawy Dr. Czesławem Wroczyńskim na czele.

Przewodniczył obradom Prof. W. Orłowski — Wiceprezes Polskiego Zw. Przeciwgruźliczego.

Projekt utworzenia w Zakopanem wymienionego wyżej Instytutu zreferował Dr. Zychoń Józef, zarys programu prac Instytutu — Dr. Czaplicki, obydwaj z Zakopanego.

Zebranie jednomyślnie powitało z uznaniem inicjatywę Zakopanego zdążającą do zapełnienia poważnej luki w zakresie studjów nad gruźlicą, jaką jest brak w Polsce Instytucji naukowej specjalnie poświęconej badaniom nad tą chorobą i jej zwalczaniem.

Sprawę zwołania Komisji dla opracowania Statutu nowej placówki oraz szczegółów organizacyjnych postanowiono przekazać Polskiemu Związkowi Przeciwgruźliczemu.

II-gi ZJAZD LEKARSKI T. O. Z.

Zarząd Główny TOZ'u postnowił zwołać do Warszawy na 25 — 26 lutego 1933 r. II Zjazd Lekarski, który będzie poświęcony ogólnym zagadnieniom naukowym z dziedziny biologji i patologji Żydów oraz specjalnym zagadnieniom pracy zdrowotnej wśród Żydów.

Na zjeździe czynne będą sekcje do spraw: walki z gruźlicą, walki z chorobami zakaźnemi, higjeny społecznej i eugeniki, opieki nad matką i dzieckiem, opieki higjeniczno-lekarskiej w szkołach, opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, zagadnień szpitalnictwa żydowskiego i inn.

Zjazd ten będzie drugim z kolei. Poprzedni Zjazd odbył się w czerwcu 1928 roku i wzięło w nim udział 241 lekarzy i 42 referentów. Prace zjazdu zostały uwieńczone w 2-ch księgach pamiętkowych, które uzyskały duże uznanie w fachowej prasie lekarskiej.

Zgłoszenia referatów na Zjazd przyjmuje do dnia 1-go stycznia 1933 r. Centrala TOZ'u (Warszawa, Gęsia 43) oraz Oddziały TOZ'u na prowincji.

Wobec tego, że Centrala TOZ'u ma zamiar wydać przed Zjazdem dla uczestników Zjazdu skróty referatów, mających być wygłoszonych na Zjeździe, lekarze, którzy wyrażą życzenie wygłoszenia referatów na Zjeździe, mają do dnia 15-go stycznia 1933 r. przesłać konspekty swych referatów wraz z tezami takowych.

WYCIECZKA TOZ'U DO PALESTYNY.

Zarząd Główny TOZ'u organizuje wycieczkę lekarzy do Palestyny w okresie świąt wielkanocnych 1933 r. Towarzystwo TOZ pragnie za pośrednictwem wycieczki lekarskiej nawiązać żywy kontakt między lekarzami w Polsce a organizacjami lekarskiemi w Palestynie, oraz przez zwiedzenie instytucyj leczniczych i higjenicznych zapoznać się z samodzielną twórczością Żydów w warunkach samodzielnych na polu pracy lekarsko-higjenicznej.

Wycieczka przeznaczona jest głównie dla lekarzy i ich rodzin. Udział w wycieczce mogą też wziąć i lekarze-dentyści, magistrzy farmacji, chemicy, bakterjolodzy i t. p. Wycieczka wyruszy przypuszczalnie z Warszawy 1-go kwietnia 1933 r. i potrwa miesiąc czasu. Projektowana jest następująca trasa: Warszawa — Wiedeń — Triest — Aleksandrja — Kairo — Port Said-Haiffa w jedną stronę i zpowrotem: Haiffa — Konstantynopol — Ateny — Neapol — Rzym — Florencja — Wenecja — Budapeszt — Warszawa. Pobyt w Palestynie trwa 14 dni.

Opłata za udział w wycieczce wraz z utrzymaniem w Palestynie wyniesie od zł. 1100.— do zł. 1.600.— w zależności od wyboru przez uczestników wycieczki klasy w pociągach i na okrętach, jakoteż warunków pobytu w Palestynie. Dokładne i ścisłe koszty będą przez TOZ podane do wiadomości ogółu lekarzy na początku stycznia 1933 r.

Zapisy uczestników wycieczki przyjmuje Centrala TOZ'u (Warszawa, Gęsia 43) oraz Oddziały TOZ'u na prowincji.

STATUT KOMITETU PROPAGANDY MEDYCYNY LOTNICZEJ W POLSCE.

Art. 1. Komitet nosi nazwę „Komitet Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce". Siedziba Komitetu jest m. st. Warszawa. Terenem działalności Rzeczpospolita Polska.

Art. 2. Celem Komitetu jest stworzenie jaknajlepszych warunków dla rozwoju i postępów medycyny lotniczej w Polsce, jako trwałej podwaliny racjonalnego doboru personelu latacjącego i rękojmi osiągnięcia największej sprawności naszego lotnictwa.

Art. 3. Do zadań Komitetu należy:

a) propaganda wprowadzenia naukowej organizacji pracy w lotnictwie, opartej na wskazaniach medycyny lotniczej i jej najnowszych zdobyczy;

b) popieranie rozwoju wszystkich gałęzi me-

dycyny lotniczej, zarówno teoretycznej jak i praktycznej, nie wyłączając praktycznych zadań lotnictwa sanitarnego;

c) przeznaczenie funduszów dla zapewnienia jaknajwiększej wydajności badań naukowych w Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, przez dostarczenie odpowiednich środków i przyrządów.

Art. 4. Komitet powstał z inicjatywy wojskowości i składa się z mianowanych przedstawicieli zarządu L. O. P. P., delegatów centralnych władz państwowych oraz przedstawicieli społeczeństwa i organizacyj.

Art. 5. Organami Komitetu są: a) Wydział Wykonawczy, b) Komisja Rewizyjna.

Wydział Wykonawczy składa się z 5-ciu osób: przewodniczącego i 2-ch członków wojskowych, mianowanych przez Pana Ministra Spraw Wojskowych, oraz 2-ch członków cywilnych, wybieranych przez Walne Zebranie Komitetu na przeciąg jednego roku.

Komisja Rewizyjna składa się z 3-ch członków i 2-ch zastępców, wybieranych przez Walne Zebranie na przeciąg jednego roku.

Art. 6. Środki Komitetu składać się będą z ofiar, wpływających od osób i instytucyj, popierających cele Komitetu.

Art. 7. Walne Zebranie Komitetu odbywa się raz na rok w 4-ym kwartale. O zwołaniu Walnego Zebrania Komitetu, Wydział Wykonawczy zawiadamia członków Komitetu pisemnie na 14 dni przed terminem zebrania.

Do kompetencji Walnego Zebrania Komitetu należy:

a) wybór członków Wydziału Wykonawczego,

b) wybór Komisji Rewizyjnej w składzie 3-ch osób,

c) zatwierdzenie planu czynności i preliminarza budżetowego,

d) zmiana statutu,

e) likwidacja Komitetu.

Art. 8. Nadzwyczajne Zebrania Komitetu zwoływa w miarę potrzeby Wydział Wykonawczy z inicjatywy własnej lub na żądanie Komisji Rewizyjnej.

Art. 9. Walne i Nadzwycązajne Zebrania Komitetu są prawomocne przy obecności przynajmniej połowy członków, a uchwały zapadają zwykłą większością głosów z wyjątkiem wypadków, przewidzianych w art. 12.

W razie niedojścia do skutku Zebrania Komitetu w przewidzianym terminie z powodu niedostatecznej liczby obecnych członków — Zebranie zostaje zwołane w drugim terminie i wówczas jest prawomocne bez względu na ilość obecnych.

Art. 10. Wydział Wykonawczy zbiera się w miarę potrzeby; reprezentuje on Komitet nazewnątrz, organizuje całokształt pracy, wydaje pełnomocnictwa i decyzje, kooptuje członków Komitetu i rozporządza funduszami.

Posiedzenia Wydziału Wykonawczego są prawomocne przy obecności przynajmniej 3-ch członków. Zebranie decyduje zwykłą większością głosów. Wydział Wykonawczy prowadzi biurowość, księgowość i rachunkowość, zgodnie z przepisami prawa i przyjętemi zwyczajami, zbiera pieniądze i przechowywa w jednym z banków państwowych wzgl. w P. K. O. na koncie czekowem.

Korespondencję zwykłą, zobowiązania, umowy, pełnomocnictwa, czeki i inne akta prawne podpisuje przewodniczący i sekretarz wzgl. upoważnieni przez nich zastępcy. Wydział Wykonawczy składa sprawozdanie ze swej działalności na Walnem Zebraniu Komitetu.

Art. 11. Komisja Rewizyjna dokonywa kontroli rachunkowości i kasowości, według swego uznania, przynajmniej raz do roku i przedstawia swoje sprawozdania Walnemu Zebraniu Komitetu.

Art. 12. Zmiana statutu oraz likwidacja Komitetu może być uchwalona na Walnem lub Nadzwyczajnem Zebraniu większością ⅔ głosów przy obecności połowy członków Komitetu.

Na zasadzie postanowienia Komisarza Rządu na m. st. Warszawę z dnia 20 października 1928 r. Nr. B. P. 14460/28, wciągnięto do rejestru stowarzyszeń i związków pod Nr. 508 stowarzyszenie pod nazwą „Komitet Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce".

Warszawa, dn. 20.X. 1928 r.

Komisarz Rządu
na m. st. Warszawę.
(—) W. Jaroszewicz.

* * *

Wydział Wykonawczv Komitetu Prop. Med. Lotn. w Polsce zwołał doroczne Walne Zebranie Komitetu we czwartek, dnia 15 grudnia 1932 r. godz. 12, w sali Centrum Badań Lotn. Lek., ul. Puławska, Lotnisko, Budynek Nr. 28, w Warszawie, z następującym porządkiem obrad:

1) Zagajenie i wybór prezydjum,

2) Odczytanie protokółu ostatniego Walnego Zebrania,

3) Sprawozdanie z działalności Komitetu za r. 1932, a) sprawozdanie sekretarza, b) sprawozdanie skarbnika,

44) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej,

5) Wybory do Wydziału Wykonawczego i Komisji rewizyjnej na rok następny,

6) Referat płk. Dr. A. Huszczy p. t. „Obecny stan lotnictwa sanitarnego w Polsce i warunki dalszego jego rozwoju",

7) Wolne wnioski.

* * *

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.